



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Psicoeducação na Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Família e Doente após o Primeiro Internamento por Sintomatologia Psicótica

Porfírio André Fernandes e Silva

Orientação: Professora Ana Paula Banza Zarcos Palma

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Psicoeducação na Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Família e Doente após o Primeiro Internamento por Sintomatologia Psicótica

Porfírio André Fernandes e Silva

Orientação: Professora Ana Paula Banza Zarcos Palma

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

PSICOEDUCAÇÃO NA VISITA DOMICILIÁRIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA À FAMÍLIA E DOENTE APÓS O PRIMEIRO INTERNAMENTO POR SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

Porfírio André Fernandes e Silva

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

Arguente: Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques

Orientador: Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma

Data: 29/07/2020

Podemos escolher recuar em direção à segurança ou avançar em direção ao crescimento. A opção pelo crescimento tem que ser feita repetidas vezes. E o medo tem que ser superado a cada momento.

Abraham Maslow

Para ti Carla, que com o teu amor, criaste o suporte
para que este momento se tornasse realidade.

Por ti Ricardo, que graças ao teu sorriso os
momentos mais negros ganharam cor.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Paula Zarcos, pela orientação durante os estágios, por todo o apoio dado e pela sua capacidade de descomplicar os problemas que foram surgindo.

À Enfermeira Augusta Silva, orientadora dos dois estágios, pela dedicação, sinceridade, pelos conhecimentos e experiência partilhados que foram de extrema importância.

A todos os profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e em particular os Enfermeiros Zé Carlos, Luísa e Paula pela sua simpatia, partilha de conhecimentos e experiências, foram um enorme apoio durante os estágios.

Aos meus colegas da UCSP de Grândola e UCC Serra e Mar – Grândola e em especial a Enfermeira Manuela Banza pela compreensão e disponibilidade que me permitiu frequentar o Mestrado.

À minha família que mesmo à distância foram fonte de inspiração e um suporte essencial para ultrapassar esta etapa.

Aos meus amigos pela compreensão nas ausências, pelo apoio nos momentos mais complicados e pela alegria partilhada.

Um agradecimento especial aos doentes e familiares que participaram no Projeto, pois sem a sua participação ele nunca seria concretizado.

RESUMO

O regresso, do doente com problemática em saúde mental, ao seu domicílio após o primeiro internamento por sintomas psicóticos, pode ser gerador de disfuncionamento para ele e para a sua família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode trazer um importante contributo para restituir esse equilíbrio. O objetivo, foi analisar a eficácia da intervenção psicoeducativa, desenvolvida em contexto domiciliário pela equipa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à família e doente, após o primeiro internamento por sintomatologia psicótica. O método, iniciou-se com uma revisão integrativa da literatura, que evidenciou os benefícios da psicoeducação. A seguir, implementou-se um Projeto de Intervenção Psicoeducativo Unifamiliar em contexto domiciliário. Resultados: o Projeto promoveu uma diminuição da sobrecarga dos cuidadores e contribuiu positivamente para a satisfação e recovery dos doentes. Conclusão: A intervenção psicoeducativa deverá ser uma medida a implementar sistematicamente no plano terapêutico dos doentes.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica, Visita domiciliária, Educação, Transtornos psicóticos.

ABSTRACT

The return of the mentally ill patient to his home after his first hospitalization for psychotic symptoms may create dysfunction for him and his family. The Mental Health and Psychiatric Specialist Nurse can make an important contribution to restoring this balance. The objective was to analyze the efficacy of the psycho-educational intervention, developed in a home context by the Mental Health and Psychiatric Nursing team to the family and patient, after the first hospitalization for psychotic symptoms. The method began with an integrative review of the literature, which highlighted the benefits of psychoeducation. After that, a Unifamily Psychoeducational Intervention Project was implemented in a home context. Results: The Project promoted a reduction of the caregivers' overload and contributed positively to the satisfaction and recovery of the patients. Conclusion: The psychoeducational intervention should be a measure to be systematically implemented in the therapeutic plan of the patients.

Keywords: Psychiatric nursing, House calls, Education, Psychotic disorders.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA - American Psychiatric Association;

AR – Assembleia da República;

BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale;

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem;

CNRSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental;

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental;

CIR - Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave;

CSM - Cuidados de Saúde Mental;

CSP – Cuidados de Saúde Primários;

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;

DGS - Direção Geral de Saúde;

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais;

EC – Equipa Comunitária;

EE - Enfermeiro Especialista;

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

EPE - Entidade Pública Empresarial;

et al. – *et alli* (e outros);

f. – Folha;

ICN - International Council of Nurses;

JBÍ- Joanna Briggs Institute;

Km² – Quilómetro quadrado;

nº - Número;

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial da Saúde;

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde;

PCM - Presidência do Conselho de Ministros;

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental;

PSQ - Patient Satisfaction Questionnaire;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RIL - Revisão Integrativa da Literatura;

SATIS-BR - Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental;

sic – Do latim *sic* (assim tal e qual);

SMUD - Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder;

SOS - *Si Opus Sit* (se for necessário);

SP – Serviço de Psiquiatria;

SAPS - Short Assessment of Patient Satisfaction;

SPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência;

TFC - Terapia Familiar Comportamental;

UE - União Europeia;

UIP - Unidade de Internamento da Psiquiatria;

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;

UC - Unidade Curricular;

WHO - World Health Organization;

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life-Bref;

VD – Visita Domiciliária;

% - Percentagem.

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 - Pirâmide da Organização de Serviços para a Saúde Mental	19
Figura nº 2 - Modelo de Sistemas de Betty Neuman	37
Figura nº 3 – Área de Influência da ULSBA	40

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 – Sessões que Integram o Programa Psicoeducativo à Família e Doente	53
Quadro nº 2 – Dados Sociodemográficos dos Doentes	56
Quadro nº 3 – Dados Sociodemográficos dos Familiares	57
Quadro nº 4 – Domínios e Respetivas Questões da Escala de Zarit	58
Quadro nº 5 – Scores de Sobrecarga dos Cuidadores no Início e no Final do Projeto	66
Quadro nº 6 – Resultados dos Diferentes Domínios da Escala Zarit	67
Quadro nº 7 – Resultados do Questionário Quanto ao Contributo do Projeto	68
Quadro nº 8 – Resultados do Questionário Quanto à Satisfação do Utente	69

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 A SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	18
1.2 ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL – VISITA DOMICILIÁRIA	20
1.3 A PESSOA COM SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA	22
1.4 A FAMÍLIA DA PESSOA COM SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA	27
1.5 A INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA	31
1.6 O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	34
2. OBSERVAÇÃO DO CONTEXTO	39
2.1 A INSTITUIÇÃO	39
2.2 O DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	40
2.3 A EQUIPA COMUNITÁRIA	42
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	44
3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	44
3.2 OBJETIVOS DO PROJETO	49
3.3 POPULAÇÃO ALVO	49
3.4 PLANEAMENTO DO PROJETO	50
3.5 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	56
3.6 AVALIAÇÃO	65
4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	72
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	73
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	79
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	91
CONCLUSÃO	97
BIBLIOGRAFIA	100
APÊNDICES	
Apêndice I – Artigo Científico - Psicoeducação na Família e Doente com o Primeiro Episódio Psicótico. Revisão Integrativa da Literatura.....	118

Apêndice II – Guião da Entrevista ao Utente e Familiares	121
Apêndice III - Consentimento Informado	123
Apêndice IV - Questionário de Satisfação do Projeto Consigo Saúde Mental	126
Apêndice V – Plano Formação. “Abordagem ao Doente Esquizofrénico”	128
Apêndice VI – Apresentação do Projeto no Serviço	154

ANEXOS

Anexo I – Autorização do Conselho de Administração	165
Anexo II - História Clínica de Enfermagem. MOD. 1259	167
Anexo III – Exercício Lista de Problemas e Sintomas Comuns	172
Anexo IV - Exercício Os Benefícios e as Desvantagens de Tomar a Medicação	174
Anexo V - Exercício Plano para Lidar com Problemas e Estratégias	176
Anexo VI - Escala Zarit	178

INTRODUÇÃO

Este Relatório é o culminar de um processo que se iniciou em setembro de 2018 com o ingresso no 3º Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde e que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. Este Mestrado apresentava sete áreas de especialização e no nosso caso a escolhida foi Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Foi uma opção pessoal pois, dos vários contextos experienciados ao longo da carreira, esta é a área onde nos sentimos realizados e é onde queremos construir o nosso futuro profissional.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final está definido como método de avaliação a elaboração de um relatório a ser apresentado depois do término do estágio final. Assim, neste Relatório será feita uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, da aquisição e aprofundamento de competências realizado na etapa teórica do curso e nos estágios efetuados.

Estes estágios (Estágio I e Estágio Final) ocorreram na Equipa Comunitária (EC) nº 2 do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), com a orientação da Enfermeira Augusta Silva e da docente Ana Paula Zarcos. O primeiro estágio teve a duração de seis semanas e decorreu de 20 de maio a 28 de junho de 2019 e o estágio final teve a duração de dezoito semanas e decorreu de 22 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020.

A Saúde Mental nas últimas décadas tem ganho um maior protagonismo não só para os serviços de saúde, mas também para a sociedade. Esta circunstância poderá estar relacionada com o facto de “estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008a: 5). No caso de Portugal, apresenta uma prevalência de doença mental muito elevada, sendo que é a segunda mais alta da Europa (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Nos últimos anos tem-se verificado um esforço para substituir o antigo modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e a saúde mental tem adquirido um cariz comunitário, pois permite um melhor acesso aos serviços de saúde, mais satisfação dos utentes e uma melhor adesão ao tratamento. Contribui também para a diminuição do estigma, promove uma intervenção

precoce e a reabilitação psicossocial. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2019). Para que a saúde mental consiga implementar esta abordagem mais próxima dos utentes deverá recorrer à visita domiciliária (VD) para promover uma maior proximidade, conhecer melhor o contexto onde os utentes estão inseridos e conseguir que se mantenham mais tempo inseridos na comunidade. (Labate, Galera & Avanci, 2004; Gupta & Goldstein, 1999).

Atualmente a responsabilidade dos cuidados dos doentes com perturbação mental grave, está também entregue à família, o que em alguns casos pode levar a situações de stress, ansiedade e sobrecarga dos cuidadores o que pode pôr em causa a recuperação do doente e inclusivamente levar a recaídas (Tennakoon *et al.* 2000; Chadda, 2014; Kuipers, Onwumere & Bebbington, 2010).

Os sintomas psicóticos são característicos da Psicose que é considerada uma perturbação mental grave onde existe uma distorção do pensamento e da perceção (American Psychiatric Association [APA], 2014), e que apesar de ser menos comum que outras doenças mentais, determina uma elevada incapacidade para além de trazer ainda mais problemas sociais e económicos (Knapp, Mangalore & Simon, 2004).

A família tem um papel extremamente importante no recovery¹ do doente, pelo que tem de ser vista como um parceiro de cuidados que a ESMP tem de aproveitar e potenciar (Carvalho 2015). Para isso será essencial que os familiares recebam formação e treino para adquirir competências, para ganhar uma maior compreensão sobre a doença e alcançar uma melhor adaptação (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSM], 2007).

Perante esta problemática a psicoeducação tem apresentado bons resultados na promoção da literacia em saúde, na capacitação das pessoas e promove uma maior participação nos cuidados (Lowenstein, Butler & Ashcroft 2010; Sin, Moone & Newell, 2007; Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016). Ela apresenta-se como uma abordagem terapêutica estruturada que utiliza ferramentas pedagógicas e psicológicas na educação ao utente e/ou família sobre vários aspetos da doença (Lemes & Neto, 2017).

A intervenção psicoeducativa pode contribuir para a diminuição da sobrecarga dos familiares bem como, diminuir as suas emoções expressas (Sin *et al.* 2017; Casaleiro, Seabra & Caldeira, 2017; Öksüz, Karaca, Özaltın & Alpay Ates, 2017; Kapse & Kiran, 2018). Contribuem também para melhorar a capacidade de os cuidadores resolverem problemas,

¹ “Recovery é um processo profundamente pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objectivos, habilidades e/ou funções. É uma forma de viver uma vida com satisfação, de esperança e de contribuição. Este processo envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida assente no conhecimento e aceitação da doença mental.” (OE, 2011: 17).

terem um melhor comportamento e comunicação (Öksüz *et al.* 2017). Nos doentes a psicoeducação contribui para a melhoria clínica, para a adesão terapêutica e promove uma melhor integração social e qualidade de vida (Rami *et al.*, 2018).

A intervenção psicoeducativa apresenta-se como uma intervenção autónoma do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) estando suportada e regulamentada no Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a), mais concretamente na quarta competência.

Este Relatório tem assim como temática central a implementação por parte do EEESMP de um programa psicoeducativo em contexto domiciliário à família e utente que teve o primeiro internamento por sintomatologia psicótica.

Surgiu assim a necessidade durante o estágio final de implementar um Projeto de Intervenção denominado **Consigo Saúde Mental**. O Projeto incluiu um programa psicoeducativo unifamiliar com uma visão sistémica do doente e família tendo como base o Modelo de Sistema de Betty Neuman e para a construção do programa usámos como referência o Modelo de Falloon.

A estrutura deste Relatório apresenta três partes, em que na primeira parte é apresentado o enquadramento conceptual, onde é desenvolvido e analisado o tema escolhido para uma maior compreensão do mesmo. Na segunda parte é realizada uma análise do local onde decorreu o Estágio Final e é feita a descrição pormenorizada do Projeto implementado seguindo a Metodologia de Projeto e no qual estão abordadas as suas etapas. Na terceira parte é realizada a análise reflexiva sobre os principais momentos de aprendizagem que levaram à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP. Por fim será apresentada a conclusão com as considerações finais e análise do conseguimento dos objetivos delineados.

Assim, elegemos como objetivos do presente Relatório:

- Relatar o trabalho desenvolvido no âmbito da visita domiciliária (VD) do EEESMP à família e doente após o primeiro internamento por sintomatologia psicótica;
- Analisar a importância da intervenção psicoeducativa implementada à família e doente após o primeiro internamento por sintomatologia psicótica;
- Descrever detalhadamente e de forma crítico-reflexiva as competências adquiridas e desenvolvidas durante o Mestrado, em especial nos estágios realizados.

O Relatório encontra-se de acordo com as normas da American Psychological Association 6ª edição, adotadas pela Escola Superior de Saúde de Portalegre e o mesmo foi realizado de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nestas últimas décadas foram surgindo vários movimentos de defesa dos direitos humanos com o objetivo de conseguir a desinstitucionalização dos doentes com doença mental. Estes, permitiram que começasse a existir uma maior consciencialização para o estigma e exclusão a que estes doentes eram dotados e com o aumentar das dificuldades dos hospitais psiquiátricos tradicionais, levou à criação de serviços mais direcionados para a comunidade (Santos, 2009). Verificou-se também, uma importante evolução nas neurociências que trouxeram uma nova perspetiva e compreensão para as causas das doenças mentais e permitiram uma nova gama de tratamentos que poderiam ser implementados em ambiente comunitário e não serem apenas restritos ao hospital (Carvalho, 2016).

Perante esta mudança, os cuidados de saúde mental (CSM) passaram a ter uma matriz comunitária em vez de uma visão meramente hospitalar. Atualmente os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são tidos como um dos pilares para que exista melhoria da saúde mental das populações e o reforço nestes cuidados tem vindo a ganhar uma maior importância (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009).

Seguindo estes princípios o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007/2016 pretende que os CSM se integrem no sistema de saúde e em particular nos CSP promovendo assim um melhor acesso aos doentes e combater a institucionalização. Pretende também, descentralizar os serviços de saúde mental possibilitando cuidados de proximidade e garantir um acesso equitativo a todos (CNSM, 2008a). Este plano permitiu a consolidação dos departamentos de psiquiatria e saúde mental que existiam e promoveu uma crescente inclusão da saúde mental nos CSP. Existem várias razões que vêm justificar a pertinência da incorporação da saúde mental nos CSP:

- “- A carga das perturbações mentais é grande.
- Os problemas de saúde mental e física estão interligados.
- O défice de tratamento para perturbações mentais é enorme.
- Os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso.
- Os cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos.
- Os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de custo e têm uma boa relação custo-benefício.

- Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde.” (OMS, 2009: 16).

A OMS apresenta também um modelo (Figura nº 1) de integração dos CSM nos sistemas de saúde em que para além dos CSM, estão incluídos vários níveis de cuidados e outros serviços. Este modelo parte da premissa que nenhum serviço vai dar resposta a todas as necessidades da população ao nível da saúde mental pelo que a articulação e colaboração destes diferentes níveis de cuidados será essencial (OMS, 2009).



Figura nº 1 - Pirâmide da Organização de Serviços para a Saúde Mental. Fonte: OMS (2009: 18).

Podemos ver que no modelo proposto pela OMS (2009) apresenta na base o autocuidado do utente, que não necessita de intervenção dos profissionais de saúde. No entanto nos outros níveis será essencial que este autocuidado ocorra em simultâneo com os cuidados prestados por estes profissionais. Com o aumentar dos níveis a intervenção dos profissionais vai aumentando, mas a participação dos doentes continua a ser essencial para promover o recovery e uma melhor saúde mental (OMS, 2009).

Assim, o foco passa a estar na pessoa/família com doença mental em contexto comunitário e os cuidados hospitalares passam a ser um recurso que poderá ser mobilizado apenas quando não existir resposta nos CSP. Isto possibilitará cuidados de qualidade, holísticos e garantirá uma melhor acessibilidade aos mesmos. Esta visão comunitária permitirá uma maior integração da pessoa com doença mental na comunidade reduzindo o estigma e a discriminação (Santos, 2009).

1.2 ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL – VISITA DOMICILIÁRIA

A VD tem sido desde sempre uma das ferramentas mais importantes da Enfermagem e tem dado grande visibilidade e importância aos cuidados prestados pelos enfermeiros. São essenciais para o acompanhamento de doentes com doença crónica, mas também em situações agudas e para a promoção da saúde (Reinaldo & Rocha, 2002).

Ela permite conhecer a pessoa no seu contexto, dá a possibilidade ao enfermeiro de entrar no sistema familiar do utente obtendo assim informações importantes sobre o funcionamento dessa família, da relação intrafamiliar e também da sua integração em determinada comunidade (Labate *et al.*, 2004). Trata-se de uma ferramenta que pretende “contribuir para a concretização das premissas de promoção, manutenção ou recuperação de saúde, ao longo do ciclo vital, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (Gaspar, 2011: 23).

Nos estudos de Gamba (1998) e Pereira, Labate & Farias (1998) afirma-se que as VD bem organizadas permitem a redução dos custos na saúde, contribuem para uma melhoria do prognóstico dos doentes e oferecem uma oportunidade para a educação do doente e sua família. Já Gupta & Goldstein (1999) referem que as VD permitiram uma diminuição na procura nos serviços de Psiquiatria hospitalar, visto que os doentes permanecem mais tempo inseridos na comunidade e conseqüentemente contribuiu para uma redução dos níveis de internamento hospitalar.

Mechanic & McAlpine (2000) no seu estudo referem que cada vez mais o acompanhamento dos utentes com doença mental é realizado através da VD, indicando também que os doentes mais jovens e com diagnóstico recente escolhem este tipo de acompanhamento que é realizado no seu domicílio, no local de trabalho ou escola e em intervalos de tempo acordados.

Para que exista uma clarificação da terminologia, recorremos à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e podemos verificar que o domicílio é uma “Estrutura psicossocial” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2015: 133). Trata-se então de um espaço onde a pessoa cresce e se desenvolve, vai ser palco de vários acontecimentos de vida, podendo ser inclusivamente o local da sua morte com cuidados adequados se essa for a sua vontade (Vieira, 2008). O domicílio será assim o local onde vai decorrer a intervenção do enfermeiro, onde decorrerá a consulta que é um “Evento ou episódio” (ICN, 2015: 125). Neste mesmo documento o termo Visita Domiciliária é descrito como “visita” (ICN, 2015: 127) e o termo visita tal como a consulta é descrito como “Evento ou episódio” (ICN, 2015: 127).

Nestes eventos ou episódios é quando se dá o contacto com a pessoa e tem de ser feita a tomada de decisão que é a base para a intervenção de Enfermagem.

“na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (OE, 2012: 5).

Quanto ao utente e família, vão ser o alvo das intervenções. O utente na CIPE é o cliente que é descrito como “um ser humano” (ICN, 2015: 143) e a família é “uma unidade social ou um todo colectivo, composto por pessoas ligadas através da consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.” (ICN, 2015: 143).

Com o processo de desinstitucionalização dos utentes com doença mental ocorrido nas últimas décadas e com a saúde mental mais centrada na comunidade, a VD passa a ser um instrumento de aproximação das equipas de saúde mental aos utentes, famílias e comunidade. Isto permitiu uma maior compreensão sobre as consequências sociais da doença mental e possibilitou intervenções mais personalizadas (Labate, *et al.*, 2004). Então o cuidado prestado em contexto de VD, às pessoas que saíram de um internamento psiquiátrico é de uma grande exigência, obrigando o enfermeiro a estar preparado para dar a ajuda que estas necessitam. Se isto não acontecer os doentes ao encararem com as dificuldades e exigências da vida em comunidade provavelmente vão apresentar um maior isolamento social (Reinaldo & Rocha, 2002).

A ESMP tem procurado estar mais próxima destes utentes e tem como objetivo a “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (OE, 2018a). O EEESMP apresenta competências e conhecimentos singulares, na aplicação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e sócio terapêuticas à pessoa, família, grupo ou comunidade no tratamento, na promoção e proteção da saúde mental. Estabelece relações de parceria com o doente para promover uma melhor capacidade de resolução de problemas e mais insight para a doença. O EEESMP trabalha em conjunto com o cliente e família para que consigam apresentar uma adequação das suas respostas face à doença mental e assim conseguir-se uma melhor integração social do doente e melhor qualidade de vida para os elementos dessa família (OE, 2018a).

Perante o que foi descrito anteriormente, a VD realizada pelo EEESMP assume uma enorme importância e nela será implementada uma consulta de Enfermagem autónoma tendo como base a relação com o cliente que padece de doença mental (OE, 2011). Esta, promove uma melhor relação entre o doente e a sua família, possibilita uma maior aproximação aos

serviços de saúde e uma melhor integração na comunidade onde está inserido (Pereira, César & Farias, 2014). Ao entrar no sistema familiar do doente o EEESMP vai ter uma visão única e global do seu funcionamento podendo assim implementar intervenções individualizadas e em parceria obtendo-se assim um cuidar holístico (Gaspar, 2011).

1.3 A PESSOA COM SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

Atualmente estamos inseridos numa sociedade em constante evolução e onde cada vez mais a população está informada e consciente acerca do seu estado de saúde, o que faz com que se torne mais exigente no que concerne aos seus direitos enquanto cidadãos. Devido a múltiplos fatores, em Portugal existem cada vez mais indivíduos com doença mental, não conseguindo assim atingir a saúde mental. Para a OMS, saúde mental é definida “como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo percebe seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutiferamente e é capaz de contribuir para sua comunidade.” (World Health Organization [WHO], 2014: 1)².

Segundo dados do PNSM o número de doentes registados nos cuidados de saúde primários com perturbações mentais tem vindo a aumentar desde o ano de 2011 e a sua tendência é “aumentar em 25% o registo de pessoas com ansiedade e depressão” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017: 5). No entanto, as doenças do foro psiquiátrico ainda são alvo de estigma, discriminação e exclusão social o que faz com que a grande maioria dos doentes não procure ajuda nem tratamento especializado deixando a doença evoluir e agravar-se.

Segundo o estudo de Caldas de Almeida & Xavier (2013) em Portugal existe uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas e uma das mais elevadas taxas de morbilidade psiquiátrica da Europa. Os mesmos autores revelam que as perturbações com maior prevalência anual são as perturbações da ansiedade (16,5%), seguida das perturbações de humor (7,9%) e com valores consideravelmente mais inferiores surgem as perturbações de controlo de impulsos (3,5%) e as perturbações pelo abuso de álcool (1,6%). Embora existam poucos estudos sobre a incidência da Psicose, o estudo de Jablensky, *et al.* (2000) demonstrou uma prevalência de pessoas com Psicose de 4,7 por 1000 adultos.

Em termos económicos a saúde mental tem-se apresentado como um desafio para os pais da União Europeia (UE) pois esta, representa cerca de 13% dos gastos totais com a

² Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community.

saúde e no entanto os custos mais elevados da doença mental não são suportados pelos sistemas de saúde pois a diminuição do emprego e produtividade associados à doença mental representa um impacto de 1,6% do produto interno bruto da UE (Organization for Economic Co-operation and Development/European Union, 2018).

Apesar de a Psicose ser menos comum que outras doenças mentais (perturbações sem sintomatologia psicótica), ela provoca um elevado índice de incapacidade e traz consigo ainda mais problemas sociais e económicos, mesmo quando comparado com as patologias não psicóticas (Knapp, Mangalore & Simon, 2004). Devido ao défice de funcionamento inerente e à mortalidade precoce que esta provoca, as psicoses têm-se tornado uma prioridade nas políticas de saúde definidas para a saúde mental (Asher, Fekadu & Hanlon, 2018).

A Psicose é descrita como a existência de distorções de pensamento e da percepção, pressupõe a presença de sintomas tais como alucinações, delírios, pensamento e/ou comportamento desorganizado. Sintomas como o embotamento afetivo, avolição, alogia, anedonia e isolamento social também poderão ser encontrados nas Psicoses. A ausência de compreensão do doente sobre a doença e suas consequências é característico e representa um compromisso do juízo crítico (APA, 2014).

A etiologia da Psicose é incerta e multifatorial, com a contribuição de fatores ambientais (situação da pessoa e antecedentes socioculturais), psicológicos (experiência emocional, interação com pessoas e ambiente) e biológicos (fisiologia, bioquímica e genética) (Silva, 2006).

Estes fatores (internos e/ou externos) podem induzir a crise em qualquer pessoa e dependendo da intensidade do stresse e do limiar da pessoa para o tolerar a crise será contida ou levará à perturbação. Isto vai depender da vulnerabilidade pessoal de cada indivíduo (Zubin & Spring, 1977). Foi através deste pressuposto que Zubin & Spring apresentaram em 1977 o modelo “vulnerabilidade-stress” que embora tenha sido proposto para a Esquizofrenia, tem uma aplicabilidade transversal à Psicose.

A vulnerabilidade que a pessoa sente em resposta aos acontecimentos indutores de stresse está relacionado com um conjunto de dimensões tais como: genética (vulnerabilidade inata - estrutura neurofisiologia); acontecimentos anteriores de vida (vulnerabilidade adquirida); variáveis moderadoras (rede suporte social, personalidade pré-mórbida e aspetos físicos, sociais e culturais específicos dessa pessoa); e a duração e gravidade do acontecimento stressor (Melo-Dias & Silva, 2015).

Assim, uma pessoa com elevada vulnerabilidade pode desencadear uma perturbação psicótica devido a várias possibilidades, mais ou menos complexas na sua vida. Quanto à pessoa com uma baixa vulnerabilidade apresenta uma grande resiliência e só uma situação excecional e catastrófica poderá induzir a Psicose (Melo-Dias & Silva, 2015).

Na Psicose o quadro clínico é heterogêneo, complexo e por vezes não é facilmente perceptível. Os sintomas psicóticos envolvem alterações cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognomónico da doença e variam ao longo da mesma. Assim, o diagnóstico tem de envolver o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a uma alteração do funcionamento profissional ou social (APA, 2014).

Os primeiros sintomas psicóticos costumam surgir entre o fim da adolescência podendo ir até aos trinta anos e raramente inicia-se antes da adolescência. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos doentes manifesta um desenvolvimento lento e gradual dos sinais e sintomas clinicamente importantes (APA, 2014). Normalmente, no decurso da fase pré-mórbida do doente podem ser patenteados traços de personalidade esquizoide. Na infância e na adolescência podem ter poucos amigos, não participam em atividades sociais e têm fracas relações afetivas. Habitualmente escolhem atividades mais solitárias como ver televisão, ouvir música ou jogar jogos de computador. Podem também apresentar um maior interesse por filosofia, pelo oculto, por religião ou em alguns casos, desenvolver sintomatologia obsessiva (Queirós, Coelho, Linhares & Telles-Correia, 2019).

Apesar do que foi anteriormente descrito o diagnóstico da Psicose continua a ser complexo e controverso. Não existem testes que permitam um diagnóstico e a etiologia permanece incerta, apesar de recentemente existirem avanços significativos nesta área. O diagnóstico é baseado na evidência de uma diversidade de experiências subjetivas (sintomas) e na observação do comportamento (Keen & Barker, 2009).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estão identificadas várias perturbações psicóticas e os critérios para diagnóstico. Assim, estão reconhecidas: a perturbação da personalidade esquizotípica, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizoafetiva, perturbação psicótica induzida por consumo de substâncias/medicação, perturbação psicótica devido a outra condição médica e esquizofrenia (APA, 2014).

Para que o diagnóstico seja feito a pessoa, tem de apresentar sintomatologia psicótica e estes, classicamente são divididos entre sintomas positivos e sintomas negativos. Os positivos representam experiências que são diferentes do normal ou até distorcidas da realidade, podendo levar a um comportamento exagerado/inadequado na conduta social. Eles incluem distorções do pensamento (delírios); da percepção (alucinações); desorganização do pensamento e comportamento (Keen & Barker, 2009).

Os delírios que “são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes” (APA, 2014: 87). A temática dos delírios vai definir o tipo de delírio:

“Delírios persecutórios (i.e., crença de que o indivíduo irá ser prejudicado, assediado, e assim por diante, por outra pessoa, organização ou grupo) são mais

comuns. *Delírios de referência* (i.e., crença de que alguns gestos, comentários, estímulos ambientais, e assim por diante, são direcionados à própria pessoa) também são comuns. *Delírios de grandeza* (i.e., quando uma pessoa crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama) e *delírios erotomaníacos* (i.e., quando o indivíduo crê falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele) são também encontrados. *Delírios niilistas* envolvem a convicção de que ocorrerá uma grande catástrofe, e delírios somáticos concentram-se em preocupações referentes à saúde e à função dos órgãos.” (APA, 2014: 87).

Quanto às alucinações são definidas por “experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário.” (APA, 2014: 87). Existem vários tipos de alucinação:

- Alucinações auditivas – “vividas como vozes, familiares ou não, percebidas como diferentes dos próprios pensamentos do indivíduo.” (APA, 2014: 88);
- Alucinações visuais - alteração da percepção visual caracterizadas por imagens de pessoas ou formas que não estão presentes (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).
- Alucinações somáticas – Falsa percepção caracterizada por apresentar sensações físicas peculiares no corpo como por exemplo formigueiro (Townsend, 2011);
- Alucinações olfativas – Falsa percepção ao nível do olfato com o relato de sentir cheiros incomuns que ninguém mais sente (Sadock *et al.*, 2017).

Alucinações auditivas são as mais comuns no contexto psiquiátrico, a existência de alucinações não auditivas pode ser indício de poderá existir um problema neurológico (Sadock *et al.*, 2017).

A desorganização do pensamento está também incluída nos sintomas positivos e é consequência da perturbação do pensamento. O DSM-5 refere que esta pode “ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (tangencialidade).” (APA, 2014: 88). Em casos mais graves pode ocorrer um discurso que devido a alterações na união das preposições torna-se quase incompreensível (Pio Abreu, 2015).

Quanto à desorganização do comportamento, esta pode “se manifestar de várias formas, desde o comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas.” (APA, 2014: 88). Pode também ocorrer a catatonia que é caracterizada por existir

“uma redução acentuada na reatividade ao ambiente. Varia da resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia

(excitação catatônica). Outras características incluem movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala.” (APA, 2014: 88).

Os sintomas negativos por contraste representam uma perda aparente da função normal ou uma diminuição de normas sociais. Os doentes parecem estar sem emoção ou evitar o contacto íntimo com os outros. Eles podem tornar-se retraídos e falar pouco, ou parecer inativos e apáticos com aparente falta de propósito ou energia (Keen & Barker, 2009). Assim surge o aplanamento e embotamento afetivos (redução da amplitude e intensidade da expressão emocional), alogia (pobreza no discurso com respostas lacónicas, sem conteúdo), avolição (redução da motivação, falta de vontade e de iniciativa), anedonia (perda da habilidade em sentir prazer em atividades ou relacionamentos interpessoais) e isolamento social (APA, 2014).

Existem outros sintomas que não estão incluídos nos critérios formais do diagnóstico e saem da esfera dos sintomas positivos e negativos. Os défices são mais acentuados a nível da linguagem, da função executiva, da memória verbal e de trabalho, da atenção e do quociente intelectual. Estas alterações são relativamente autónomas dos outros sintomas da doença e são mais comuns em doentes com predominância de sintomas negativos. Quanto às alterações afetivas também é comum existirem nestes doentes, nomeadamente sintomatologia depressiva (Saraiva & Cerejeira, 2014).

O tratamento da Psicose tem necessariamente de ter numa abordagem multidisciplinar, tendo em conta as distintas fases da doença. Deve alicerçar-se numa visão holística do individuo, na procura de uma melhor funcionalidade, mais autonomia e prevenção do declínio cognitivo. Este, pode ser farmacológico e/ou não farmacológico (Saraiva & Cerejeira, 2014). O tratamento quase sempre envolve terapia farmacológica para estabilização sintomas psicóticos e reduzir as hipóteses de recaída da doença. A medicação antipsicótica, trouxe uma profunda alteração nos cuidados prestados à pessoa com sintomatologia psicótica e atualmente continua a estar na primeira linha do tratamento (Queirós *et al.*, 2019).

Embora a medicação antipsicótica provoque uma melhoria de alguns sintomas em muitas pessoas, esta, essencialmente é efetiva no tratamento dos sintomas positivos, sendo questionável a sua ação sobre os sintomas negativos (Silva, 2006). Continua a haver uma necessidade de medicação mais eficaz e mais bem tolerada pois, este facto, leva muitas vezes ao abandono ou diminuição da adesão à terapêutica (Keen & Barker, 2009). Esta medicação ainda está associada a vários efeitos secundários tais como: o aumento de peso; a disfunção sexual; letargia; sedação; e a distonia (Weinberger, George, Perkins & Chengappa, 2008).

Nas últimas décadas o tratamento não farmacológico tem vindo a ganhar uma maior relevância para o tratamento da pessoa com Psicose. Existem várias intervenções

psicoterapêuticas que podem desempenhar um papel importante na vida destas pessoas. Algumas delas estão focadas na adesão à terapêutica, na ansiedade, no treino de competências sociais, no uso de drogas e têm eficácia comprovada nesta população (Queirós *et al.*, 2019). Na maioria dos casos a pessoa com Psicose irá necessitar de numa combinação entre as medidas farmacológicas em associação com terapias não farmacológicas (Townsend, 2011).

O EEESMP tem definido no regulamento das competências específicas (OE, 2018a) que tem uma intervenção perante respostas humanas desajustadas decorrentes de processos de mudança que são geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Assim, perante a pessoa que tem sintomatologia psicótica o EEESMP realiza a avaliação e a formulação de diagnósticos específicos da ESMP tendo em conta as necessidades identificadas. Para isso será necessário utilizar uma linguagem regulamentada e padronizada como a CIPE (ICN, 2016). Depois das necessidades identificadas o EEESMP seleciona as intervenções mais adequadas, implementa-as e avalia os resultados.

1.4 A FAMÍLIA DA PESSOA COM SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

O ser humano tem uma natureza social e desde o início da espécie que tem uma intrínseca necessidade de se socializar. Vive inserido numa família e comunidade e este contexto familiar e social vai influenciá-lo em todo o seu ciclo vital (Rodrigues, 2013).

A família pode ser vista como uma unidade básica que concede apoio, suporte e equilíbrio aos seus elementos de forma a que consigam ultrapassar episódios de crise durante o ciclo de vida. Ela pode ser descrita como o núcleo de uma sociedade pois esta tem um papel fundamental no desenvolvimento e socialização dos seus integrantes (Fernandes, 2016).

De acordo com Figueiredo (2012) a família pode ser vista como uma organização que tem uma interação com o meio onde está inserida através de ligações dinâmicas, contextuais e complexas, que reflete as transformações sociais apreendidas por ela nesse processo de interação. Trata-se assim, de uma unidade auto-organizada que apresenta uma estrutura de apoio aos seus membros garantindo-lhes um suporte à vida e à saúde.

O conceito de família tem-se alterado ao longo das últimas décadas. Observaram-se grandes alterações nos padrões familiares e atualmente verifica-se uma grande variedade de famílias e diferentes formas de agregados familiares. As próprias estruturas de família mais tradicionais como por exemplo a nuclear têm sofrido modificações (Giddens, 2000).

Canijo (2014: 49) citando a OMS (1994) afirma que “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”.

Assim, existem várias formas de família. A nuclear que consiste em “dois adultos vivendo juntos num mesmo agregado com os seus filhos biológicos ou adoptados” (Giddens, 2000: 175), podendo esta família estar inserida numa rede de parentesco mais ampla. Surge assim o conceito de família alargada, que se reporta a “um grupo de três ou mais gerações que vivem na mesma habitação ou muito próximas umas das outras. Pode incluir avós, irmãos e as suas mulheres, irmãs e os seus maridos, tias, tios, sobrinhas e sobrinhos.” (Giddens, 2000: 175).

Com as modificações das estruturas familiares tradicionais, foram surgindo novos modelos de família impulsionados por diversas alterações tais como a diminuição das famílias numerosas, a diminuição do número de filhos, o aumento número de divórcios e de pessoas que vivem sozinhas e até novas formas de união como por exemplo as uniões de facto. Assim surgem os conceitos de família de progenitor único, família adotiva, a família comunal e a família homossexual (Dias, 2011).

A família será assim composta por elementos que têm relações de proximidade e intimidade que partilham afetos, formando a base para a construção emocional da pessoa, tornando-a num ser com uma matriz racional e social (Figueiredo, 2009).

Todas estas formas e definições de família leva-nos a observá-la como fosse um sistema. Como tal, ela é constituída por elementos que têm relações formando assim subsistemas e está inserida em outros sistemas ou suprassistemas que interagem de forma organizada e hierarquizada. Possui limites que a diferencia do meio onde está inserida e quem define esses mesmos limites são os seus próprios membros através dos papéis, funções e estatutos que estes assumem (Alarcão, 2006). Trata-se de uma estrutura com uma identidade que emerge da dinâmica e constante interação com o ambiente através de processos recíprocos e da sua capacidade de auto-organização, de equifinidade que vão definir a família como um sistema autopoietico, co-evolutivo (Figueiredo, 2012).

A família como sistema desempenha “funções importantes na sociedade, como sejam, por exemplo, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora. Ora, a família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo.” (Dias, 2011: 141).

Seguindo esta visão sistémica da família em que os seus membros fazem parte do todo e que interagem entre si, quando ocorre uma alteração que afete uma das partes o todo irá também sofrer alterações (Dias, 2011). Assim quando um membro da família padece de

alguma doença, o impacto da mesma não será apenas sentido pela pessoa doente, mas também por toda a família que irá sentir dificuldades na adaptação à mesma (Fernandes, 2016).

A doença representa um acontecimento que pode ser gerador de uma crise, obrigando a uma alteração da estrutura e funções da família, que pode ser inesperada e súbita, influenciando negativamente a resposta dos familiares que podem sentir não só dificuldades em responder às necessidades do doente, mas também cumprir as suas obrigações profissionais e sociais (Alarcão, 2006).

A alteração provocada pela doença de um dos membros da família pode levar a uma reconfiguração dos papéis dentro da família. Esta adaptação familiar poderá levar a que o papel de cada um dos membros seja totalmente alterado podendo existir a necessidade de adquirirem novas competências ou verem acrescidas as responsabilidades (Gomes, 2014).

A família que tem uma pessoa com doença mental vai também sofrer uma profunda alteração e a crise familiar estará certamente presente. No entanto a família vai ter um papel extremamente importante no recovery do familiar que tem uma doença mental. Esta, tem de ser incluída no processo de “tratamento, cura ou de reabilitação, pelo que deve ser um elo de ligação, um verdadeiro parceiro de cuidados e que a Enfermagem e em particular na área da Saúde Mental, deve aproveitar e potenciar.” (Carvalho 2015: 6).

Apesar de atualmente esta perspetiva da família como parceira nos cuidados estar amplamente enraizada nos CSM, nem sempre isto aconteceu. Durante muito tempo a família foi sendo responsabilizada pela doença mental do seu familiar. Atribuir a culpa à mãe pela perturbação do desenvolvimento psicológico do filho era bastante comum e ainda hoje algumas destas teorias vão sendo apresentadas (Carvalho, 2015). Vários estudos foram sendo realizados ao longo do tempo e nunca se conseguiu encontrar evidência científica que validassem essas teorias (Yacubian & Neto, 2001). Felizmente a família passou a receber mais atenção e com o distanciamento dos profissionais de saúde das “teorias culpabilizantes” da família, verificou-se uma mudança positiva que veio contribuir para uma diminuição do estigma a que estas famílias estavam sujeitas (Carvalho, 2012).

O movimento de desinstitucionalização psiquiátrica, contribui para que grande parte dos doentes com doença mental passassem a viver nas suas casas, transitando assim do hospital para a comunidade. Isto veio contribuir para um maior envolvimento da família e a um aumento de doentes psicóticos em fase crónica inseridos na sua família, apenas recorrendo aos serviços hospitalares na crise (Carvalho, 2018).

Esta aproximação trouxe consigo um novo conjunto de novos desafios e “fez aparecer um amplo espectro de dimensões da vida familiar, que as famílias se viram confrontadas, com

problemas que não tinham, com dificuldades que encontraram no seu desempenho, também como cuidadoras.” (Carvalho, 2015: 7).

Ter um membro da família com doença mental ainda continua e ter um enorme impacto, é gerador de sentimentos de culpa, negação e preconceito que incutem enormes mudanças no funcionamento familiar (McGorry & Jackson, 1999; Louza, 2000). Cuidar de um familiar com psicose pode ser gerador de níveis elevados de stress e sofrimentos nos cuidadores e assim aumentar a sua vulnerabilidade (Sin *et al.*, 2017). Por outro lado, o facto de estarem mais vulneráveis faz com que estes cuidadores tenham um maior risco de desenvolver doenças físicas e mentais (Petrakis, & Laxton, 2016). O facto de estas famílias, apresentarem níveis elevados de ansiedade e stresse vai afetar o bem-estar dos familiares, influenciando negativamente os cuidados prestados. Assim, cuidadores com um baixo nível de bem-estar terão dificuldades em prestar os cuidados que o familiar doente necessita, o que por vezes poderá dificultar a sua recuperação e até mesmo levar a uma recaída (Tennakoon *et al.*, 2000; Chadda, 2014; Kuipers, Onwumere & Bebbington, 2010).

Nestas famílias é também comum que os cuidadores de doentes com Psicose apresentam níveis elevados de emoções expressas e de sobrecarga (Casaleiro *et al.*, 2017; Kapse & Kiran, 2018; Öksüz *et al.*, 2017). A emoção expressa é um conceito que pode ser utilizado para avaliar o ambiente familiar e tem em conta três dimensões: comentários críticos, a hostilidade e a sobre-implicação emocional (Reis *et al.*, 2000). A sobrecarga objetiva refere-se ao impacto direto das alterações e limitações provocadas pela doença de uma pessoa nos seus familiares. Quanto à sobrecarga subjetiva reporta-se a um conjunto de sentimentos resultantes da vivência da doença do seu familiar (Albuquerque, 2010).

Para além do que foi anteriormente descrito, estas famílias ainda têm que lidar com outras situações tais como, o estigma associado às doenças mentais, o facto de terem frequentemente um enorme receio pelo futuro do seu familiar e vivenciarem um processo de perda relacionada com a alteração que ocorreu com o aparecimento da Psicose no familiar (Lowenstein *et al.*, 2010).

A falta de conhecimentos dos familiares também tem sido um fator negativo que tem sido recorrentemente identificado. Estes, não têm conhecimentos sobre a doença, os sintomas, a medicação e os seus efeitos, o tratamento, o processo de recovery e também não conhecem estratégias de coping³ para uma melhor adaptação à doença do familiar (Lowenstein *et al.*, 2010; Kumar, Sood, Verma, Mahapatra & Chadda, 2019; Petrakis & Laxton, 2016).

³ O coping pode ser definido como os “esforços cognitivos e comportamentais do sujeito, variáveis e instáveis, para organizar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar) a exigência interna ou externa (e o conflito entre ambos), feita pela transação sujeito-meio ambiente, e avaliado como excedendo os seus próprios recursos.” (Lazarus & Folkman, 1984 as cited in Graziani & Swendsen, 2007: 87).

Perante a problemática descrita, a Enfermagem poderá ter um papel importante pois quando presta cuidados à pessoa durante o seu ciclo vital, inclui a família onde este está inserido (OE, 2015a). Esta intervenção deve enfatizar as relações entre os elementos da família para que consigam tomar em conjunto decisões sobre os seus problemas de saúde. Assim o foco de Enfermagem vai ser o de capacitar a família para que consiga em conjunto responder às exigências das mudanças que ocorrem durante o ciclo vital (Figueiredo, 2009).

Também o EEESMP tem uma intervenção particular nesta área, pois presta cuidados à pessoa, família e grupo e comunidade ao longo do ciclo de vida e “essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.” (OE, 2018a: 21427). Deve nortear a sua atuação “tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.” (OE, 2018a: 21427).

1.5 A INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Perante o que foi descrito no ponto anterior, percebemos que é essencial, os familiares e a pessoa com sintomas psicóticos, beneficiarem de intervenções dos profissionais de saúde para que possam compreender melhor a doença e conseguirem uma melhor adaptação a esta situação. Assim, é necessário que estes recebam formação e treino para adquirirem competências, desempenhando um papel de parceiros nos cuidados (CNRSM, 2007).

Atualmente a necessidade de desenvolver programas que possam reduzir o impacto da doença mental e promover a saúde mental tem ganho cada vez mais preponderância. Isto implica o desenvolvimento de ações de informação e formação, direcionadas não só aos doentes e famílias, mas também aos profissionais (DGS, 2017). Em outro documento a DGS (2015) propõem como medida promotora da cidadania em saúde, ações que visem a promoção da literacia e capacitação os cidadãos para terem mais responsabilidade sobre a sua saúde e de quem deles dependem, obtendo assim mais autonomia.

Uma das intervenções que poderá trazer melhores resultados na capacitação das pessoas, promover literacia em saúde e fomentar a sua participação nos cuidados é a psicoeducação (Lowenstein *et al.*, 2010; Sin *et al.*, 2007; Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016). Esta, é uma abordagem terapêutica que tem como objetivo ensinar o utente e família sobre a doença e tratamento, relacionando ferramentas pedagógicas e psicológicas (Lemes & Neto, 2017). Pretende auxiliá-los a conhecer os aspetos essenciais da doença,

ajudar a dissipar dúvidas e desmontar crenças erradas sobre esta. Providência também estratégias de coping para reduzir o stresse dos familiares e doentes, promovendo um maior envolvimento nos cuidados de saúde (Caqueo-Urizar *et al.*, 2015; Petitjean, 2011).

A psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica que não tem o foco na cura de uma doença, mas sim auxiliar o indivíduo a conseguir atingir os objetivos por ele definidos, fomentando uma mudança nas dimensões emocional, comportamental e social (Authier, 1977). O mesmo autor refere que as “raízes contemporâneas da psicoeducação são traçadas desde os primórdios da psicoterapia como processo educativo, passando pela era da modificação do comportamento, até à era da saúde mental comunitária.” (Authier, 1977:15)⁴.

A psicoeducação está assente na prática baseada na evidência científica e tem características próprias tais como, ser estruturada, diretiva e realizada num determinado período de tempo. Tem o foco no presente e na resolução de problemas (Basco & Rush, 2005).

Como técnica, a psicoeducação “relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.” (Lemes & Neto, 2017:17). Inclui intervenções que providenciam informação sistemática, estruturada e didática, mas tem em consideração as características emocionais da pessoa, promovendo uma maior capacidade para esta gerir a sua doença (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml & Kissling, 2006).

Ao ajudar a família e doente, a psicoeducação promove uma compreensão da doença, de forma clara e concisa. Esta, não pode ter uma abordagem exclusivamente educativa, mas também deve apoiá-los a lidar com a doença e as suas consequências, através da compreensão e aquisição de estratégias adaptativas (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006). No entanto, a psicoeducação faz parte de um plano abrangente do tratamento e não será por si só o tratamento (OE, 2011).

Para Gonçalves-Pereira *et al.* (2006) a intervenção psicoeducativa, deve auxiliar doentes e família a conhecer a doença mental, adquirir novas capacidades e habilidades para lidar com ela e para lidar com os problemas. Deve também diminuir o stress familiar e promover estímulo para que o foco das pessoas seja o futuro e não ruminar o passado.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da OE é apresentada uma definição de psicoeducação que vai entroncar no que já foi descrito anteriormente. Nele, a psicoeducação pretende “ajudar

⁴ The contemporary roots of psychoeducation are traced from an early era serving to set the stage for psychotherapy as an educational process, to the behavior modification era, to the community mental health era.

peessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.” (OE, 2011: 16).

Assim, recomenda-se que as intervenções psicoeducativas partam de dois objetivos essenciais:

- “alcançar o melhor resultado possível para o indivíduo com doença mental através do tratamento e gestão que envolve a colaboração entre profissionais, famílias e pacientes.” (McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003: 225)⁵;
- “aliviar o sofrimento entre os membros da família, apoiando-os nos seus esforços para fomentar a recuperação do seu ente querido.” (McFarlane *et al.*, 2003: 225)⁶.

As intervenções psicoeducativas variam conforme o formato, podendo ser unifamiliares ou multifamiliares, podem ser dirigidas apenas aos familiares ou podem incluir o utente com doença mental. Podem também variar conforme a sua duração e intensidade, serem aplicadas não só em contexto hospitalar, mas também no domicílio (Chan, 2011; McFarlane *et al.*, 2003).

A intervenção psicoeducativa vem demonstrar todo o potencial e competência que o EEESMP pode ter em prole dos doentes e a sua família. Ele, pode prestar “cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018a: 21430). Por outro lado, no caso particular da psicoeducação, o EEESMP “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.” (OE, 2018a: 21430). Este, deve mobilizar a capacidade de análise e implementar estratégias e atividades individualizadas, nomeadamente: “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (OE, 2018a: 21430).

Perante isto, fica patente a competência técnica e científica do EEESMP para implementar intervenções psicoeducativas, em particular o doente que teve o primeiro internamento com sintomatologia psicótica e a sua família. Devido à abrangência teórica e técnica da psicoeducação existem outros profissionais que também a implementam pois esta, não é exclusiva do EEESMP, no entanto ela insere-se na sua esfera autónoma (Ascensão, 2019). Esta autonomia é descrita pela OE como “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas

⁵ achieve the best possible outcome for the individual with mental illness through treatment and management that involves collaboration among professionals, families and patients.

⁶ alleviate suffering among the members of the family by supporting them in their efforts to foster their loved one's recovery.

qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (OE, 2015a: 102).

1.6 O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O desenvolvimento deste Relatório necessita de uma base teórica para que exista um melhor entendimento dos fenómenos subjacentes e forneça uma fundamentação para o agir do enfermeiro. Alicerçar o pensamento e a ação prática recorrendo às teorias de Enfermagem confere à profissão um maior reconhecimento como ciência e disciplina (Alligood & Tomey, 2004). Para conseguirmos compreender melhor os fenómenos abordados neste Relatório e garantir uma fundamentação teórica mais adequada às intervenções que pretendemos implementar (intervenção psicoeducativa à família e doente que teve o primeiro internamento com sintomatologia psicótica), optamos então por recorrer ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011).

Neuman tornou-se umas das pioneiras que impulsionou a ligação entre a Enfermagem e a saúde mental e teve um grande contributo para a o ensino de Enfermagem ao nível da saúde mental comunitária (Freese, 2004).

O Modelo de Sistemas de Newman apresenta-nos uma perspetiva ampla, abrangente, sistémica e holística dos cuidados de enfermagem (Neuman, 2011). Este, foi baseado na teoria geral dos sistemas que apresenta os organismos vivos como sistemas abertos e foi buscar importantes contributos à Teoria de Gestalt que descreve o método (homeostasia) que um organismo utiliza para manter “o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob condições diversas. Neuman descreve a adaptação como processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades.” (Neuman, 1982 *as cited in* Freese, 2004: 336). Este processo de adaptação é dinâmico e contínuo, pois muitas dessas necessidades podem alterar o equilíbrio da pessoa e esta irá tentar recuperar a harmonia. Este efeito recíproco entre o equilíbrio e desequilíbrio é uma constante ao longo da vida e quando a homeostasia falha e o organismo permanece muito tempo em desarmonia, não vai conseguir satisfazer as suas necessidades e surge a doença (Freese, 2004).

As perspetivas filosóficas de Pierre de Chardin e Carl Marx também influenciaram o modelo de Neuman o que permitiu à autora confirmar que “os padrões do todo influenciam a consistência da parte” (Neuman, 1982 *as cited in* Freese, 2004: 337). Neuman também utiliza o conceito de stresse de Selye que é descrito como “uma resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito.” (Selye, 1974 *as cited in* Freese, 2004: 337). Selye também

descreve as causas do stresse e nomeia-os de stressores, descreve-os como “estímulos produtores de tensão que resultam em *stress*; podem ser positivos ou negativos.” (Selye, 1974 as *cited in* Freese, 2004: 337). Neuman recorre também ao modelo conceptual de Caplan para adaptar o conceito níveis de prevenção, relacionando-os com a Enfermagem (Freese, 2004).

O Modelo está ancorado em quatro conceitos/metaparadigmas fundamentais e que são: Pessoa, Enfermagem, Ambiente e Saúde. A Pessoa é vista como cliente, que como um sistema aberto vai estar em constante interação com o ambiente. Este, “pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade, ou uma questão social.” (Neuman, 2011:15)⁷. Assim, o sistema cliente pode representar mais que um individuo em interação com o ambiente pode ter vários formatos (família, comunidade, etc.) (Neuman, 2011). Outra característica deste sistema (cliente) é a de que é composto por cinco variáveis que possuem diferentes graus de desenvolvimento, diferentes interações e potencial, mas interagem entre si. Elas são: I) *Fisiologia* (estrutura e funcionamento do corpo); II) *Psicológica* (processos mentais e relacionais); III) *Sociocultural* (sistema de relações sociais, papéis e estatutos sociais); IV) *Desenvolvimento* (processos desenvolvidos ao longo do ciclo de vital) e V) *Espiritual* (influências espirituais e crenças da pessoa) (Neuman, 2011).

Para Neuman a Enfermagem tem uma visão única sobre o cliente, ela tem em consideração a pessoa com um todo. Ela trabalha com todas as variáveis que podem afetar a resposta da pessoa ao stress. (Neuman, 2011). O foco da Enfermagem é o de atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema cliente, através do estudo dos agentes stressores e as suas variáveis, para auxiliar o sistema a realizar os ajustes necessários para atingir a harmonia (George, 2000).

Quanto ao conceito Ambiente, este reporta-se não só aos fatores externos do cliente, mas também a fatores internos e que interagem com o cliente. É um sistema dinâmico pois é um processo contínuo de relação com os stressores ambientais, que têm uma matriz multidimensional e o potencial para originar reações, doença, desequilíbrios e reconstituições do sistema cliente (Freese, 2004). Estes stressores podem ser intrapessoais, interpessoais e extrapessoais e são forças ambientais que na sua interação podem promover a necessidade de reajustamento e adaptação a novos problemas (Freese, 2004). No modelo também estão identificados “três ambientes relevantes: o ambiente interno, que é de natureza intrapessoal;

⁷ may be an individual, a family, a group, a community, or a social issue.

o ambiente externo, que é de natureza interpessoal e extrapessoal; e o ambiente criado, que é de natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal.” (Neuman, 2011:19)⁸.

O conceito Saúde é apresentado como um continuum em que o bem-estar e a doença estão em extremos opostos. Este continuum é dinâmico e constantemente sujeito a mudanças ao longo do ciclo de vida. A saúde é equiparada ao máximo bem-estar possível indicando que as necessidades estão satisfeitas. No caso de não serem satisfeitas as necessidades existe um reduzido bem-estar podendo aparecer a doença. Esta dinâmica entre o bem-estar e a doença pode ter diferentes graus em qualquer altura (Neuman, 2011).

Neste modelo, os dois elementos essenciais são o stresse e reação a esse mesmo stresse (Neuman, 2011). Como dito anteriormente o cliente (indivíduo, família ou comunidade) é um sistema aberto “no qual os ciclos repetidos de entrada, de processo, de saída e de retroiluminação constituem um padrão organizacional dinâmico” (George, 2000: 226). O sistema cliente com o seu desenvolvimento e crescimento vai-se tornando mais complexo e vai desenvolvendo trocas com o ambiente que são recíprocas e ambos podem ser influenciados de forma negativa ou positiva um pelo outro, podendo encontrar-se um equilíbrio entre eles (Neuman, 2011).

Como podemos ver a seguir, na figura nº 2 o Modelo de Sistema de Neuman é apresentado como uma estrutura básica, que representa o cliente (indivíduo ou grupo) como sistema aberto único, composto por fatores comuns tais como características inatas (genética), o padrão de resposta e estrutura do ego (Neuman, 2011). O “cliente como um sistema está em constante e dinâmica troca de energia com o ambiente.” (Neuman, 2011:14)⁹.

Ele, é um composto dinâmico da interação de numerosas variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento mental e espiritual) estando ele em situação de bem-estar ou doença. Está representado como que rodeado por linhas concêntricas que formam três mecanismos de defesa de proteção da integridade do sistema cliente e são: a linha flexível de defesa; a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Neuman, 2011).

⁸ three relevant environments: the internal environment, which is intrapersonal in nature; the external environment, which is interpersonal and extrapersonal in nature; and the created environment, which is intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal in nature.

⁹ client as a system is in dynamic, constant energy exchange with the environment.

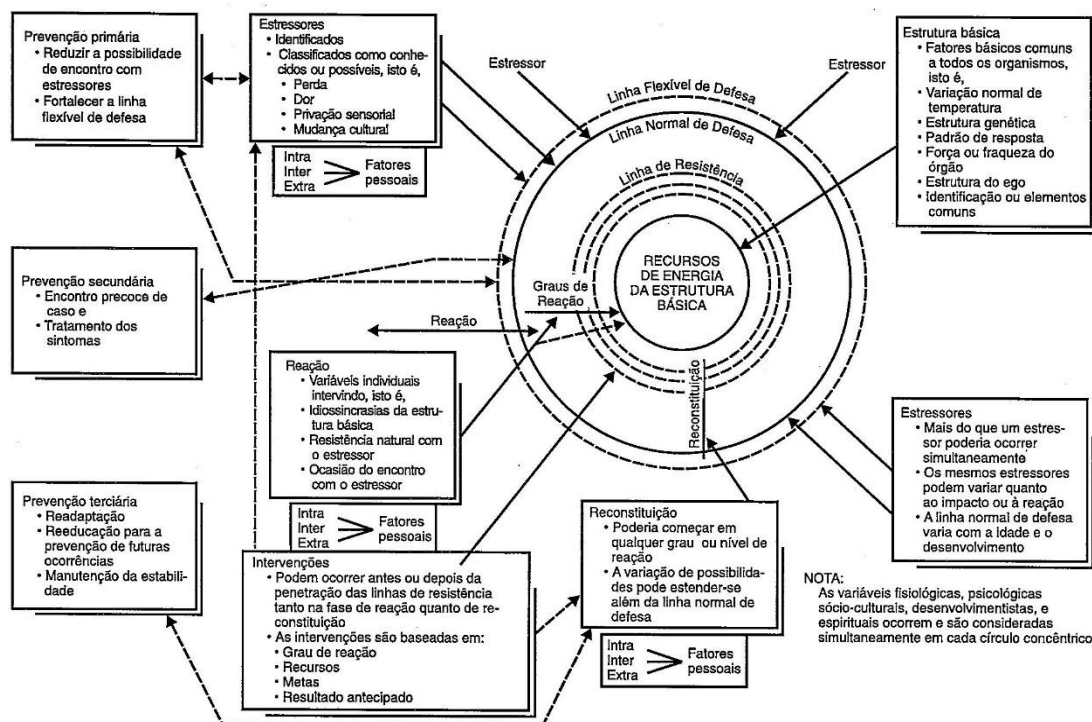


Figura nº 2 - Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995 as cited in George, 2000: 227).

Existem muitos fatores de stress ambiental que possuem diferentes níveis de potencial para perturbar a estabilidade habitual do cliente, ou a linha normal do cliente (linha intermédia). Estes fatores podem ser conhecidos, desconhecidos e universais (Neuman, 2011). “Cada sistema individual cliente/cliente desenvolveu uma gama normal de resposta ao ambiente que é referida como a linha normal de defesa, ou estado normal de bem-estar/estabilidade.” (Neuman, 2011:14)¹⁰. Esta, representa uma mudança ao longo do tempo através do coping realizado perante distintas situações de stress e pode ser utilizada como norma para medir o desvio de saúde (Neuman, 2011).

A linha flexível de defesa flexível (linha mais externa) garante proteção contra um stressor ou uma combinação de stressores. O seu grau de proteção do cliente contra a possível reação aos stressores é influenciada pelas interações particulares das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais do cliente (Neuman, 2011). Esta linha apresenta uma capacidade de amortecimento dos agentes stressores, tem um efeito “tipo acordeão” que protege o sistema cliente e quando a linha perde esta capacidade o stress rompe a linha normal de defesa, destabilizando o sistema (Neuman, 2011).

Quando um fator de stress invade a linha normal de defesa, são ativadas de forma involuntária as linhas de resistência (as mais internas), de forma a estabilizar o sistema.

¹⁰ Each individual client/client system has evolved a normal range of response to the environment that is referred to as the normal line of defense, or usual wellness/stability state.

Dentro de cada sistema cliente existe então, as linhas de resistência que têm a função de retornar o cliente ao estado normal de bem-estar ou se possível a um nível superior de estabilidade (Neuman, 2011).

Mediante as fases e reações do sistema, Neuman (2011) define três níveis de prevenção usados para manter o equilíbrio: primário, secundário e terciário. A *prevenção primária* ocorre antes da resposta do sistema ao stressor, em que é feita uma avaliação e intervenção do cliente na identificação e redução dos possíveis riscos associados aos fatores de stress ambiental para prevenir uma possível reação. Na prevenção primária está incluída a promoção da saúde (Neuman, 2011). A *prevenção secundária* o sistema cliente já reagiu ao stress e o sistema reage de forma a recuperar a homeostasia. Para que se consiga uma redução dos efeitos nocivos a organização das intervenções escolhidas e tratamento é essencial. Quanto à *prevenção terciária* “os processos de ajuste que ocorrem à medida que se inicia a reconstituição e os fatores de manutenção fazem com que o cliente regresse de forma circular à prevenção primária.” (Neuman, 2011: 14)¹¹.

No seu modelo Neuman descreve a sua visão do Processo de Enfermagem que é construído pelas fases do diagnóstico de enfermagem, objetivos e resultados (Neuman, 2011). No diagnóstico pretende-se obter o maior número dados possíveis para identificar todas as interações que provocaram variações na saúde. Os objetivos devem ser definidos em acordo com o cliente para que as intervenções possam ser eficazes (George, 2000). Quanto aos resultados “são determinados pela intervenção de enfermagem através do uso de um ou mais modos de prevenção como intervenção.” (George, 2000: 344). As intervenções devem assim ser intencionais e dirigidas aos stressores, sejam estes reais ou potenciais, mas que afetam, ou podem vir a afetar, a homeostasia.

Este modelo, traz um importante contributo para a Enfermagem uma vez que a sua aplicação fomenta uma abordagem unificada e uma visão holística do cuidar. A perspetiva sistémica do modelo permite aos enfermeiros, analisar e cuidar da unidade familiar enquanto um todo (George, 2000). Esta perspetiva permite que o foco, para além do individuo esteja também na família, permitindo uma compreensão das complexas relações intra-sistémicas e inter-sistémicas. Possibilita também um melhor entendimento dos seus processos de auto-organização (Figueiredo, 2012)

¹¹ relates to the adjustive processes taking place as reconstitution begins and maintenance factors move the client back in a circular manner toward primary prevention.

2. OBSERVAÇÃO DO CONTEXTO

A realização do presente Relatório insere-se na UC: Estágio Final, do Mestrado em ESMP que decorreu entre 20 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, na EC nº2 do DPSM, que está inserido na ULSBA. A supervisão de ensino clínico foi feita pela Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Maria Augusta Borralho Carvalho Pacheco Silva e a orientação pedagógica foi realizada pela docente Ana Paula Banza Zarcos Palma.

2.1 A INSTITUIÇÃO

A ULSBA é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) que integra o Serviço Nacional de Saúde e foi criada pelo Decreto-lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, que emergiu da vontade em providenciar melhores cuidados à população e pelas mais-valias que a efetiva articulação entre cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados pode trazer à comunidade (Ministério da Saúde, 2008). Assim, esta unidade apresenta um modelo de funcionamento de cuidados de saúde sustentado na integração entre os diferentes níveis de cuidados (primários, hospitalares, continuados e paliativos).

A ULSBA, EPE definiu como objetivos assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, assim como garantir as atividades de saúde pública na sua área geográfica de abrangência (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], 2019).

A ULSBA desenvolve a sua atividade em dois níveis de prestação de cuidados:

- “- **Cuidados de Saúde Primários** – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo (DACESBA), que integra as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento e Detecção (CAD);
- **Cuidados de Saúde Hospitalares** – Hospital José Joaquim Fernandes (Beja);” (ULSBA, 2019: 8).

A área de influência da ULSBA, está limitada a norte pelo distrito de Évora, a este por Espanha, a sul pelo distrito de Faro e a oeste pelo concelho de Odemira, que integra a região

do Alentejo Litoral. Esta é uma sub-região do Alentejo, que abrange uma superfície de 8.542,7 Km², correspondente a cerca de 9,3% do território nacional. A ULSBA integra treze Concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira (ULSBA, 2019).



Figura nº 3 – Área de Influência da ULSBA (ULSBA, 2019: 11)

A população da área de influência da ULSBA (Figura nº 3) situa-se nos “117.868 residentes e uma densidade populacional de 13,9 habitantes por Km².” (ULSBA, 2019:11).

A ULSBA apresenta como sua visão, atingir o seu reconhecimento pela excelência clínica, garantir a equidade e integração eficiente dos “vários níveis de cuidados, assumindo-se como uma instituição de referência com uma preocupação de qualidade, eficiência e eficácia, técnica e social.” (ULSBA, 2019: 9). Ela, estabeleceu como sua missão garantir uma prestação de cuidados de saúde integrados de qualidade, com tempos de resposta adequados e com custos comportáveis numa perspetiva de eficiência e eficácia, implementando uma estreita articulação com outros serviços de saúde e instituições da comunidade (ULSBA, 2019).

2.2 O DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O DPSM, em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), integram o Serviço de Psiquiatria (SP) da ULSBA e ocupa um edifício do campus hospitalar de Beja.

No piso -2 funciona o SPIA que garante a resposta às crianças, adolescentes (dos 0 aos 18 anos) e suas famílias. O serviço apresenta várias valências tais como: Ambulatório (Consultas de Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica e de Enfermagem, Intervenções de apoio social, Terapia da fala, Nutrição, Psicomotricidade e Avaliações pedopsiquiátricas periciais);

Apoio ao Serviço de Urgência; Ligação ao internamento e à Pediatria do desenvolvimento; Consultas descentralizadas nos Centros de Saúde e Hospital de Dia.

No piso -1 acolhe o Ambulatório do Serviço de Psiquiatria onde são realizadas as consultas Psiquiatria, Psicologia e Enfermagem, sala de formação, o Hospital de Dia, a sala da Psicomotricidade, sala de trabalho de Enfermagem (administração de injetáveis), Secretariado e sala das EC. Este serviço funciona de segunda a sexta-feira das 08:00h às 18:00h exceto às quartas-feiras em que os atendimentos são reduzidos ao máximo para que ocorra a reunião da equipa disciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social) no internamento, para discutirem os casos dos doentes internados, avaliarem a evolução clínica, realizar ajustes no plano terapêutico e preparar com as EC a alta do doente. Nesse mesmo dia existem também reuniões sectoriais e reuniões das EC.

No piso 0 funciona a Unidade de Internamento da Psiquiatria (UIP) que tem capacidade para doze doentes em que as camas estão distribuídas por quatro enfermarias e dois quartos de isolamento para situações mais complexas (doentes com necessidade de contenção mecânica). A unidade possui também salas de enfermagem, dois postos de enfermagem, três gabinetes médicos, secretariado, sala ocupacional e sala de refeições. Por fim no piso 1 funciona o jardim ocupacional que é uma área partilhada pelos serviços que fazem parte do SP da ULSBA e é um espaço onde são realizadas várias atividades dirigidas aos utentes (Sessões de grupo, Exercício físico, Musicoterapia, Trabalhos manuais).

O SP da ULSBA tem como objetivo, prestar cuidados de saúde de excelência na área da psiquiatria e saúde mental constituindo-se como uma unidade central na prestação de cuidados aos utentes com doença mental, na formação pré e pós-graduada e na investigação clínica. Ele, tem como missão contribuir para a melhoria da qualidade de vida e um melhor funcionamento dos seus utentes, assegurando um acesso a cuidados de qualidade e equitativos a todos. Pretende construir uma articulação com os CSP, cuidados continuados e hospitalares na promoção da saúde mental e mitigar o impacto da doença mental na população (ULSBA, 2020).

O DPSM tem na sua carteira de serviços inúmeras atividades das quais se destacam:

- Consultas de Psiquiatria Geral;
- Consultas Psiquiátricas de subespecialidade (Violência nos adultos e Gerontopsiquiatria);
- Consulta Psiquiatria de ligação;
- Consultas de Psicologia;
- Consultas de Enfermagem;
- Visitas Domiciliárias;
- Urgência (Funciona na Urgência Médico Cirúrgica do Hospital de Beja);
- Perícias e avaliações forenses;
- Internamento de Psiquiatria;
- Avaliações Neuropsicológicas;

- Consultas descentralizadas nos CSP;
- Psicoterapias individuais;
- Hospital de Dia;
- Serviço Social. (ULSBA, 2020)
- Grupos terapêuticos e de psicoeducação (Grupo Cuidadores Informais);
- Intervenções psicomotoras e de reabilitação;
- Consultadoria (CSP e estruturas da comunidade);

2.3 A EQUIPA COMUNITÁRIA

O DPSM da ULSBA sempre teve uma forte ligação a comunidade e tem neste momento em funcionamento três EC, que conseguem garantir a continuidade de cuidados em psiquiatria e saúde mental com a deslocação dos técnicos à comunidade ou domicílio dos utentes/família com doença mental. Pretende-se também contribuir para uma maior adesão terapêutica dos doentes e diminuir os internamentos hospitalares.

Com estas equipas consegue-se uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e os doentes/família, pois com a VD cria-se uma relação mais próxima e uma maior confiança dos utentes nos serviços (Labate *et al.*, 2004). Estabelece-se um acompanhamento com um carácter preventivo dos problemas associados à doença mental, possibilitando uma sinalização mais precoce das situações mais complexas.

As equipas são compostas por um médico, um enfermeiro e um técnico de serviço social e estão divididas geograficamente da seguinte forma:

- EC nº 1 abrange os conselhos de: Almodôvar, Castro Verde, Mértola, Ourique e Beja (Aldeias: Beringel, Mombeja, São João Batista, Santa Maria, Santa Vitória, São Brissos, São Matias e Trigaches);
- EC nº 2 abrange os conselhos de: Barrancos, Moura, Serpa, Vidigueira e Beja (Aldeias: Baleizão, Quintos, Neves e Salvador);
- EC nº 3 abrange os conselhos de: Aljustrel, Alvito, Cuba, Ferreira do Alentejo e Beja (Aldeias: Albernoa, Cabeça Gorda, Salvada, Santa Clara do Louredo, Santiago Maior e Trindade).

Estas equipas utilizam a metodologia da Intervenção Comunitária Assertiva e a Gestão de Caso, procurando envolver a família no plano individual de cuidados. As intervenções desenvolvidas pelas EC são:

- Visitas domiciliárias;
- Consulta Médicas nos Centro de Saúde (têm uma regularidade variável, podem ser de 15/15 dias ou uma vez por mês);

- Consulta de ESMP;
- Intervenção na crise;
- Intervenções terapêuticas programadas (técnicas de relaxamento; psicoeducação; supervisão/administração/monitorização de medicação; controlo de adesão terapêutica);
- Articulação com os CSP e estruturas da comunidade para consultadoria, coordenação e cooperação no projeto terapêutico do utente e no apoio à família.

Elas acompanham famílias e doentes com doença mental que são referenciados pelos CSP e serviços da comunidade. Também os doentes que tiveram na UIP têm o acompanhamento destas equipas. Assim, os utentes que apresentem respostas desajustadas ou desadaptadas a processos de mudança que geram sofrimento ou doença mental, ao longo do ciclo vital preenchem critérios para serem referenciados para estas equipas (OE, 2018a).

Após a referenciação do doente (Internamento ou CSP) é agendada VD junto doente/família e nessa primeira visita/consulta é realizada a apresentação pessoal e clarificação dos papéis e entrevista (indicação dos objetivos, duração e confidencialidade desta). Na entrevista é realizada recolha de informação centrada na perspetiva do doente/família sobre a história pessoal e familiar. Pretende-se compreender qual é a sua perceção sobre a situação, que significado atribui, as emoções, as motivações e os comportamentos. Portanto, procura-se perceber o que o utente sabe, o que o preocupa e qual a capacidade do utente (Lopes, 2018). Esta entrevista é de extrema importância pois, permite “compreender o impacto das mudanças no autocuidado, tendo em conta as relações familiares e comunitárias da pessoa” (Meleis, 2010 *as cited in* Lopes, 2018: 251)¹².

Nas visitas/consultas de seguimento são desenvolvidas as estratégias terapêuticas planeadas em conjunto com doente/família, em consequência de um processo de avaliação diagnóstica contínua. Após a intervenção realizada na visita, analisa-se a interação ocorrida, reavaliando-se os diagnósticos de enfermagem e se necessário, planeia-se novas intervenções.

Nas reuniões semanais de quarta-feira os casos acompanhados são discutidos pela equipa e são planeadas as intervenções a ser implementadas pelos profissionais.

¹² understand the impact of changes on self-care, taking into account the family and community relationships of the person.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Como já foi anteriormente referido o estágio final na área ESMP deste Mestrado Integrado em Enfermagem, decorreu na EC nº 2, do DPSM da ULSBA e no decorrer do estágio, foi identificado uma problemática passível de intervenção. Assim foi planeado, estruturado e implementado um Projeto de Intervenção em Serviço denominado **Consigo Saúde Mental**. Este recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética e a sua implementação foi autorizada pelo Conselho de Administração da ULSBA (Anexo I).

Este Projeto está assente na Metodologia de Projeto que “centra-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010: 3). Está associada à investigação e é impulsionadora de uma prática baseada na evidência através da identificação, análise e resolução de problemas identificados. Cria uma união entre a teoria e a prática, pois o conhecimento teórico emanado da investigação do problema irá fundamentar a intervenção para resolvê-lo (Ferrito *et al.*, 2010).

Na Metodologia de Projeto existem etapas que vão auxiliar a concretização dos objetivos e garantir o rigor científico. Neste Relatório será apresentado as várias etapas do Projeto e que são: o Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação dos Resultados Obtidos (Ferrito *et al.*, 2010). De seguida utilizaremos estas etapas para descrever e analisar o Projeto implementado.

3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Esta etapa corresponde à primeira fase da Metodologia de Projeto e apresenta-se como um processo “dinâmico, no qual a caracterização da situação é continua, permanente e com atualizações constantes.” (Ferrito *et al.*, 2010: 10).

Segundo os mesmos autores nesta fase descrevem-se os fundamentos que vão posteriormente justificar as intervenções, faz-se uma definição quantitativa e qualitativa do problema, apontando possíveis causas, definindo-se as prioridades e realizando-se à posteriori a seleção dos recursos e grupos abrangidos. Nesta fase é importante que seja feita

uma colheita de informação objetiva e qualitativa, realizando-se também uma análise da situação do ponto de vista social, económico e cultural (Ferrito *et al.*, 2010).

Durante o Estágio I, que também decorreu na EC nº 2 do DPSM foram realizadas inúmeras VD a utentes que tinham tido o seu primeiro episódio psicótico e haviam estado internados na UIP da ULSBA. Alguns desses utentes tinham acabado de ter o seu primeiro internamento por sintomatologia psicótica e no contacto com os utentes e a sua família, foi notório que existia um grande desconhecimento sobre este acontecimento. Temáticas como os sintomas, o tratamento e as alterações comportamentais e emocionais decorrentes da doença eram onde existiam mais dúvidas. Também a falta de conhecimento dos familiares sobre as estratégias para lidar com esta nova situação era geradora de stresse e ansiedade. Verificou-se que estes, sentiam uma necessidade de expressar os seus sentimentos e de conhecer estratégias para uma melhor adaptação.

Perante o problema identificado que é passível de intervenção por parte do EEESMP e aliado ao interesse pessoal e profissional, no Estágio Final verificou-se ser oportuno ao funcionamento do serviço a criação de um projeto direcionado para uma intervenção psicopedagógica no primeiro internamento por sintomas psicóticos.

No enquadramento teórico deste Relatório foram apresentados dados epidemiológicos e económicos da doença mental e em particular da Psicose que demonstram a pertinência da saúde trabalhar esta problemática.

O primeiro episódio psicótico poderá ser descrito com uma mudança no comportamento ou no estado mental que precede o começo dos sintomas psicóticos (Singh *et al.*, 2005; Del-Ben, Rufino, Azevedo-Marques & Menezes, 2010) e como já foi dito anteriormente este acontecimento, tem grande impacto no doente e sua família. Este pode ser um agente causador de sentimentos de culpa, negação e preconceito que provocam mudanças negativas no funcionamento familiar (McGorry & Jackson, 1999; Neto, 2000).

Vários estudos têm demonstrado que nestas famílias os cuidadores têm maior risco de sobrecarga, stresse e ansiedade, podendo inclusivamente pôr em causa os cuidados prestados e prejudicar a recuperação do doente ou levar a uma recaída (Tennakoon *et al.*, 2000; Chadda, 2014; Kuipers, Onwumere & Bebbington, 2010).

Podemos então afirmar que será essencial a estas famílias beneficiarem de intervenções por parte dos profissionais de saúde para que possam compreender melhor a doença e conseguir um coping eficaz. Assim, elas carecem de formação e treino para adquirirem competências para melhor cuidar do familiar doente (CNRSM, 2007). Uma das medidas que poderá trazer melhores resultados na capacitação destes familiares será a intervenção psicoeducativa.

Neste sentido e em acordo com a Enfermeira Orientadora e a Docente, ficou decidido que nesta primeira fase, iria ser realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice I) com o objetivo de perceber quais seriam os benefícios da intervenção psicoeducativa implementada pelo enfermeiro à família e doente com o primeiro episódio psicótico.

Foi escolhido realizar uma RIL pois, é um método de investigação, que faz um resumo do passado da literatura empírica ou teórica pesquisada e fornece uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular. Integra opiniões e conceitos provenientes da pesquisa realizada permitindo conclusões gerais tiradas dos estudos pesquisados (Broome, 2000). Ela tem como objeto agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre uma temática ou questão, de maneira sistemática e ordenada, o que vem contribuir para o aprofundar de conhecimento do fenómeno investigado (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Trata-se de um método de investigação utilizado na Prática Baseada na Evidência e permite integrar as evidências encontradas na prática clínica (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). A “revisão integrativa é uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (ou seja, experimental e de pesquisa não experimental).” (Botelho, Cunha & Macedo 2011: 127).

A revisão realizada percorreu as seguintes fases: identificação do tema, definição do problema e elaboração da questão de investigação; definição de critérios de inclusão e exclusão; estratégia de pesquisa; avaliação dos estudos incluídos na revisão; discussão dos resultados e síntese do conhecimento (Botelho *et al.*, 2011).

Nesta primeira fase, após a identificação do problema a procurou-se formular uma questão de investigação clara e específica (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004). Assim, foi formulada a questão recorrendo ao acrónimo PICO e que norteou esta RIL: *“Quais os benefícios da intervenção psicoeducativa na família e utente com primeiro episódio psicótico?”*

Depois de elaborada a questão de investigação foram definidos os critérios de inclusão e exclusão em articulação com a pergunta e direcionaram a pesquisa realizada. Ela é “definida como uma técnica ou conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada em uma base de dados.” (Lopes, 2002: 61).

Assim, foi realizada pesquisa científica nas bases de dados tais como a B-On, *PubMed*, SciELO (Scientific Eletronic Library Online), RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) e *Cochrane Library*, através da aplicação de descritores validados no MeSH e DeSH tais como: *“nursing”, “psychotic disorders”, “psychosis”, “first”, “episode”, “family education” e “patient education”*. Para tornar a pesquisa mais restritiva foi utilizado o operador booleano AND e também operador de exclusão NOT para os descritores *“dementia” e “child”*. A pesquisa foi efetuada durante o mês de outubro de 2019 e foram consideradas as publicações dos últimos 5 anos (2014-2019).

Depois da exclusão dos artigos duplicados (80) foram retirados mais estudos com a aplicação dos critérios de exclusão (238). Após esta fase foi realizada a leitura e análise do texto integral dos artigos (44), tendo sido excluídos os que não apresentavam interesse para temática em estudo. Assim, no final da pesquisa foram selecionados **seis estudos** para análise:

- Eficácia das Intervenções de Enfermagem na Sobrecarga da Família da Pessoa com Esquizofrenia: Revisão de Literatura (Casaleiro *et al.*, 2017);
- The Effects of Psychoeducation on the Expressed Emotion and Family Functioning (Öksüz *et al.*, 2017);
- Brief psycho-education for caregivers of persons with first episode psychosis (Kapse & Kiran, 2018);
- Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis (Sin *et al.*, 2017);
- Intervening early with family members during first episode psychosis: an evaluation of mental health nursing psychoeducation within an inpatient unit (Petrakis & Laxton, 2016);
- Evaluating the effectiveness of a culturally adapted behavioral family psycho-educational program for Egyptian patients with schizophrenia (Rami *et al.*, 2018).

Após a seleção dos artigos, foi realizada a apreciação crítica de cada estudo através dos Instrumentos de Avaliação Crítica da Joanna Briggs Institute (JBI) (JBI, 2017). Estes demonstraram ser adequados e apresentaram boa qualidade metodológica. Recorremos também à avaliação dos níveis de evidência e graus de recomendação (JBI, 2014) dos estudos, que revelaram uma forte recomendação.

Para sistematizar os dados dos estudos escolhidos foi realizada extração de dados para análise, com o objetivo resumir os métodos, intervenções e resultados da pesquisa realizada (JBI, 2017), permitindo uma organização dos dados extraídos e resumir o conhecimento dos diferentes artigos (Botelho *et al.*, 2011).

Com a análise dos dados obtidos conseguimos indicar que de uma maneira geral, os artigos selecionados indicam resultados positivos nas intervenções psicoeducativas implementadas. Os resultados obtidos na RIL demonstram que existem benefícios da psicoeducação para a família e doente com o primeiro episódio psicótico. Para os doentes, os benefícios das intervenções psicoeducativas são o de contribuir para uma maior adesão terapêutica, um melhor controlo sintomático e a consequente melhoria clínica. Contribui também para uma maior integração social o que vai promover uma melhoria na sua qualidade de vida e diminuição do estigma (Rami *et al.*, 2018). No caso dos cuidadores, a psicoeducação promoveu uma diminuição da sobrecarga (Sin *et al.*, 2017; Casaleiro *et al.*, 2017; Kapse &

Kiran, 2018) e observou-se uma atitude mais positiva e uma diminuição das emoções expressas dos cuidadores (Öksüz *et al.*, 2017; Sin *et al.*, 2017). Estas intervenções ajudaram os cuidadores a conseguirem ter uma melhor capacidade para resolver problemas e de comunicar mais eficazmente. Verificou-se também uma melhoria no seu comportamento e observou-se uma melhoria dos afetos nos membros da família (Öksüz *et al.*, 2017).

Em suma, a psicoeducação vai promover um aumento de saberes nos cuidadores, aumentar a sua capacidade de resolução de problemas, capacitando-os para cuidar do doente e assim contribuir para o seu recovery. Com isto, os cuidadores vão sentir uma diminuição da sobrecarga percebida, das emoções expressas, resultando numa melhoria no bem-estar dos familiares e trazer importantes ganhos em saúde.

Na análise realizada aos artigos, verificou-se que em alguns deles não foi possível averiguar se as intervenções psicoeducativas foram sempre aplicadas por enfermeiros, no entanto, estas fazem parte das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e em particular o EEESMP, podendo ser implementadas de forma autónoma ou em contexto multidisciplinar (OE, 2018a).

Mediante estes achados ficou também identificada a necessidade de serem realizados mais estudos sobre as intervenções psicoeducativas realizadas por enfermeiros e em especial o EEESMP na família e doente com o primeiro episódio psicótico. Podemos indicar que os poucos estudos existentes nesta área específica são uma fragilidade desta revisão. No entanto fica também claro que a psicoeducação é uma área onde os enfermeiros podem criar e/ou coordenar projetos de intervenção, com importantes benefícios para os doentes e família.

Fazendo a ligação da problemática ao Modelo de Sistemas de Neuman podemos considerar que o primeiro episódio psicótico é um elemento stressor para a pessoa e sua família. Este vai afetar as suas linhas de defesa e obrigatoriamente irá provocar uma reação do sistema para retomar a homeostasia. Para retomar o bem-estar poderão ser mobilizados diferentes “níveis de prevenção” (Neuman, 2011). A implementação de intervenções psicoeducativas pode dar um contributo positivo para a promoção da saúde, capacitar o utente e família e potenciar as suas capacidades. Com isto o sistema vai conseguir uma melhor implementação destes “níveis de prevenção” e conseguir atingir mais facilmente o bem-estar.

Perante tudo o que foi descrito é possível aferir que o doente com sintomatologia psicótica e a sua família podem retirar inúmeros benefícios da intervenção psicoeducativa implementada pelo EEESMP. Assim, tornou-se evidente que a implementação de um projeto nesta área seria bastante pertinente. Foi então decidido em reunião com a Enfermeira Orientadora e a Docente que seria criado e aplicado um Projeto de Intervenção em Serviço que incluísse um programa psicoeducativo dirigido a doentes com sintomatologia psicótica e suas famílias.

3.2 OBJETIVOS DO PROJETO

Para a concretização do projeto **Consigo Saúde Mental** é importante definir objetivos uma vez que eles “apontam os resultados que se pretende alcançar” (Mão de Ferro, 1999 *as cited in* Ferrito *et al.*, 2010: 18).

Com a definição dos objetivos é criada “uma base sólida para selecionar metodologias, meios e conteúdos temáticos bem como possibilitada uma avaliação concreta, com base no alcance, dos objetivos formulados inicialmente. Estes servem assim de linha orientadora, bem delimitada, que organiza os esforços de quem a pretende seguir.” (Tomás, 2013: 65).

Os objetivos que foram definidos para este Projeto são:

Objetivos Gerais:

- Promover uma diminuição da sobrecarga sentida pelos familiares;
- Contribuir para o recovery do utente após o internamento por sintomas psicóticos.

Objetivos Específicos:

- Diminuir o impacto negativo do episódio psicótico na vida pessoal, social e profissional do utente;
- Contribuir para a melhoria clínica do doente;
- Aumentar a literacia da família e utente;
- Aumentar a adesão terapêutica do doente;
- Promover uma comunicação eficaz entre os familiares e doente;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do utente.

3.3 POPULAÇÃO ALVO

Numa fase inicial do Projeto foi planeado que a população alvo seria os utentes com o primeiro episódio psicótico e a sua família. No entanto devido ao facto de este critério tornar o Projeto demasiado restritivo, foi então, decidido em conjunto com a Enfermeira Orientadora e a Docente, que seria mais pertinente para o serviço e utentes que a população alvo fosse a família e utente que teve o primeiro (durante o ano de 2019) internamento com sintomatologia psicótica.

Para uma melhor definição de quem são os alvos deste Projeto, foram definidos como critérios de inclusão e exclusão os seguintes:

Critérios de inclusão:

- Ter o primeiro internamento (durante o ano de 2019) na UIP da ULSBA e a causa desse internamento foi a existência de sintomatologia psicótica;
- Ter idade superior a 18 anos e inferior a 65 anos;
- Residir na zona de influência da ULSBA.

Critérios de exclusão:

- Utente que se recuse a participar no programa;
- Residir em lares ou instituições;
- Utentes com diagnóstico de Oligofrenia ou Demência;
- Utente que vive sozinho.

Os critérios anteriores foram estabelecidos para a seleção dos doentes para participarem no Projeto, no entanto, também fazem parte da população alvo os familiares/cuidadores destes. Para garantir que as intervenções psicoeducativas aos familiares sejam efetivas, foram também definidos alguns critérios para estes serem incluídos:

- Familiar que não se recuse a participar ou colaborar no programa;
- O doente considerar o(s) cuidador(es) como uma pessoa influente na sua vida;
- Viver com o doente e/ou ter um contacto diário com este;
- Não apresentar, deficiência cognitiva, distúrbios neurológicos, ou analfabetismo.

3.4 PLANEAMENTO DO PROJETO

O Projeto foi estruturado com a implementação de um programa psicoeducativo à família e doente que teve o primeiro internamento por sintomas psicóticos. As intervenções que fazem parte deste programa foram planeadas para serem realizadas em contexto domiciliário.

Este programa psicoeducativo tem uma abordagem unifamiliar e teve como referencial o Modelo de Falloon. Este modelo deriva dos modelos cognitivo-comportamental de terapia familiar da década de setenta do século passado e em 1984 Ian Falloon e colaboradores apresentaram a “Terapia Familiar Comportamental” (TFC) (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007). Esta terapia tem como alvo “a família em conjunto, implicando a inclusão nas sessões de todos os elementos disponíveis, nomeadamente da pessoa com doença psicótica” (Falloon *et al.*, 1984 *as cited in* Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007: 241). Ela, tem abordagem direta para auxiliar família e o doente a adotar estratégias que facilitem a expressão das emoções, bem

como para ajudar as famílias a resolver os seus problemas (Falloon, Laporta, Fadden & Graham-Hole, 1993).

Assim, a TFC pretende capacitar os membros da família para terem uma melhor capacidade de reagir às adversidades e melhores aptidões relacionais pois estas famílias apresentam dificuldades em adotar as estratégias de coping mais adequadas. Para conseguir este objetivo é necessário dotar a família de conhecimentos sobre a doença, melhorar as competências de comunicação dos seus membros e aumentar as suas capacidades de resolução de problemas para enfrentar o stresse do dia-a-dia e a crise (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007).

Os autores Gonçalves-Pereira *et al.* (2007) apresentam as principais características da TFC:

- “- Abordagem unifamiliar
- Responsabilidade perante a família como sistema (e perante cada membro da família em particular)
- Modelo pedagógico psicoeducativo participado:
 - Discussão da informação relacionada com a doença ⇒ aquisição de competências específicas que permitam lidar com ela
 - Treino de competências genéricas de comunicação e resolução de problemas
- Focalização em estratégias cognitivo-comportamentais
- Intervenção com objetivos precisos, tendencialmente breve, mas com possibilidade de sessões de manutenção
- Não se abordam diretamente:
 - O insight
 - As “emoções expressas”
 - A estrutura familiar
- Os problemas vividos pela família, exceto no decurso de crises graves (sobretudo nas fases iniciais da intervenção)” (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007: 243).

O Modelo de Falloon foi inicialmente direcionado para famílias de pessoas com doença psicótica, no entanto também já foi utilizado em famílias de pessoas com perturbações do humor, tais como, depressão major, distímia e perturbação bipolar (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007). Este modelo apresenta uma intervenção em vários módulos tais como a psicoeducação, o treino de comunicação, a resolução de problemas e gestão da crise. Antes desta intervenção está previsto que seja realizada uma avaliação abrangente de cada membro e da família como um todo (Falloon *et al.*, 1993). Para Gonçalves-Pereira *et al.* (2007) na avaliação individual é realizada uma entrevista, onde deverão ser avaliados os dados sociodemográficos, o que sabe sobre a doença mental do familiar e qual o tratamento, avaliação da sobrecarga, questões sobre dia-a-dia da pessoa e quais os seus objetivos durante o programa. Quanto à avaliação da família pretende compreender a capacidade de comunicação de cada membro e qual a competência destes para resolver problemas.

Em termos funcionais, a TFC tem uma duração que pode ir de seis a doze meses para o programa, através da realização de sessões familiares com periodicidade semanal/quinzenal

nos primeiros meses e a partir do quarto mês estas serão quinzenais ou mensais. Estas sessões devem ter uma duração entre 45 e 90 minutos (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007). As intervenções são preferencialmente realizadas no domicílio e este facto apresenta enumeras vantagens tais como: “facilitação do recrutamento, melhoria nas taxas de adesão, possibilidade de avaliação do contexto familiar *in loco*.” (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007: 246).

Este modelo como não tem um esquema rígido de sessões, pode ser adaptado às necessidades da família, principalmente na crise. Prevê também que o terapeuta realize sessões de follow-up para conseguir monitorizar a adaptação da família a novas circunstâncias e se for necessário realizar nova intervenção (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007).

A componente educativa tem uma enorme relevância neste modelo, pois

“o terapeuta posiciona-se pedagogicamente como facilitador da autonomização da família (o que implicará maior capacidade de utilização de recursos, formais ou informais). Assim, o terapeuta é diretivo apenas na forma de transmitir ou desenvolver as perícias comportamentais em défice, evitando envolver-se no sistema familiar, nomeadamente em tomadas concretas de decisão.” (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007: 244).

Como já foi referido anteriormente o Projeto tem a sua base teórica assente no Modelo de Falloon, no entanto foi alvo de adaptações atendendo à realidade do contexto e à duração do estágio.

As intervenções incluídas no programa psicoeducativo, serão implementadas ao longo de seis sessões semanais no domicílio do utente e a primeira visita será realizada preferencialmente entre o 15º e o 30º dia após a alta do internamento. Estas terão uma duração de 45 a 60 minutos cada, e cada sessão será agendada em acordo com os participantes para que, no período destinado às visitas domiciliárias do DPSM seja possível realizar as sessões.

No final de algumas sessões poderão ser pedidos ao utente e familiares a realização de pequenos exercícios relacionados com a temática trabalhada nesse dia e no início da visita seguinte serão utilizados esses exercícios realizados para facilitar o resumo e discussão do tema trabalhado na sessão anterior. Estes exercícios têm como referencial o programa de formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR). Este é um programa desenvolvido para auxiliar os doentes a desenvolverem estratégias (pedagógicas, motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais) personalizadas para lidar com a doença mental de forma individualizada ou em grupo. (CNSM, 2008b).

As sessões para família e doente que participaram no programa foram planeadas/estruturadas da seguinte forma:

Quadro nº 1 – Sessões que Integram o Programa Psicoeducativo à Família e Doente.

VD	Intervenções/Temas a abordar	Recursos
<u>1ª Sessão</u> Apresentação do Projeto	<u>Sessão com utente e família</u> - Apresentação do programa; - Assinatura do Consentimento Informado; - Entrevista ao utente e familiares (Apêndice II); - Preenchimento documento História Clínica de Enfermagem em vigor no DPSM - MOD. 1259 (Anexo II).	<u>Humanos:</u> Enfermeiro <u>Materiais:</u> Carro de serviço, Canetas, Papel.
<u>2ª Sessão</u> O Episódio Psicótico, a Doença – Sinais e Sintomas	<u>Sessão com utente e família</u> - A doença (se já existir diagnóstico); - Os sintomas psicóticos; - O diagnóstico/início da doença; - Causas do episódio psicótico. O modelo vulnerabilidade–stress (Almeida, Marques & Queirós, 2014); - Os mitos sobre o episódio psicótico/doença (Robert Wood Johnson Foundation, 2014); - Entrega do exercício ao utente – Lista de problemas e sintomas comuns (CNSM, 2008b) (Anexo III).	<u>Humanos:</u> Enfermeiro <u>Materiais:</u> Carro de serviço, Canetas, Papel.
<u>3ª Sessão</u> Tratamento	<u>Sessão com utente e família</u> - Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006). Utilizar exercício pedido na sessão anterior para trabalhar problemas /sintomas do utente; - As distintas opções terapêuticas (Kaplan & Sadock, 2007). - Os diversos tipos de medicação; - Efeitos terapêuticos e adversos da medicação (Kaplan & Sadock, 2007); - Benefício da toma regular e cuidadosa da medicação (Gomes, 2014); - Entrega do exercício - Os benefícios (Prós) e as desvantagens (Contras) de tomar a medicação (CNSM, 2008b) (Anexo IV). Utilizar exercício para	<u>Humanos:</u> Enfermeiro <u>Materiais:</u> Carro de serviço, Canetas, Papel.

	desconstruir entraves do doente na toma da medicação.	
4ª Sessão A Vivência da Doença/ Resolução de Problemas	<p><u>Sessão com a família (sem utente)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006); - Episódio psicótico – um evento traumático para família (Gomes, 2014); - A necessidade de encontrar explicações sobre o episódio psicótico; - O processo de adaptação da família: promover um reajuste das expetativas. Gerar um novo equilíbrio familiar através da gestão das emoções. A importância de um ambiente adequado (Gomes, 2014); - Auxiliar a transformação dos problemas em algo resolúvel: definir o problema, identificar e analisar possíveis soluções, escolher a melhor solução e executar a solução após realização de um plano (Chalifour, 2009). - Entrega do exercício - Plano para lidar com problemas e estratégias (CNSM, 2008b) (Anexo V). 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeiro</p> <p><u>Materiais:</u> Carro de serviço, Canetas, Papel.</p>
5ª Sessão Gestão da Crise	<p><u>Sessão com a família (sem utente)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006). Utilizar exercício pedido na sessão anterior; - Significado de crise; - Sinais e sintomas de alerta (Almeida <i>et al.</i>, 2014); - Como enfrentar a crise (Almeida <i>et al.</i>, 2014); - Lei da Saúde Mental (Assembleia da República [AR], 1998); - Procurar ajuda e equipa de referência. 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeiro</p> <p><u>Materiais:</u> Carro de serviço, Canetas, Papel.</p>
6ª Sessão Comunicação	<p><u>Sessão com a família (sem utente)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006); - A comunicação verbal e não-verbal; 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeiro</p> <p><u>Materiais:</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Regras para uma comunicação eficaz: usar linguagem simples e clara, falar um tema de cada vez, usar escuta ativa, expressar emoções adequadamente (Gomes, 2014); - As mensagens que o corpo envia no processo de comunicar (o olhar, postura, expressão facial, postura, o toque, o tom de voz) (Chalifour, 2008); - A necessidade de adotar um discurso assertivo (Isaacs, 1998). 	Carro de serviço, Canetas, Papel.
Sessões de Follow-up		

Como pode ser visto no quadro anterior as primeiras três sessões vão ser dirigidas ao utente que teve o internamento e a sua família, enquanto que as últimas sessões apenas vão ser dirigidas aos familiares. Esta opção prende-se pelo facto de os temas destas sessões estarem mais direccionados para capacitar os cuidadores a encontrar as melhores estratégias para gerir esta nova realidade. Outra razão para esta escolha prende-se pelo facto de nestes doentes ser normal uma baixa crítica para o seu problema de saúde (Cardoso, 2008). Assim, a discussão de algumas temáticas planeadas para estas sessões com o doente incluído poderá criar situações de conflito entre os membros da família e em vez de se promover o bem-estar familiar é criado mais um stressor.

Todas as intervenções planeadas foram ancoradas na conceção do Processo de Enfermagem segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pretendendo-se executar intervenções terapêuticas à pessoa e família com o objetivo de diminuir a sobrecarga dos cuidadores e contribuir para um melhor recovery dos doentes. Foram então seguidos três passos em que o primeiro foi realizado o diagnóstico de enfermagem e posteriormente foi realizado o planeamento das intervenções tendo em conta as metas definidas e se possível em parceria com os clientes, tendo como objetivo retomar o equilíbrio do sistema. No terceiro passo procurou-se perceber os resultados das intervenções implementadas em parceria com os utentes, usando os modos de prevenção deste modelo e avaliar se existiu mudança ou se deverá reformular as metas de enfermagem (George, 2000). Pretende-se trabalhar com o utente/família a adoção de estratégias de coping para que exista uma melhor adaptação aos agentes indutores de stresse e por outro lado será também trabalhado com eles, formas de manter essa adaptação.

As intervenções descritas no planeamento apresentam um conjunto de estratégias que não são só psicoeducativas pois uma intervenção por si só não consegue ser suficientemente

abrangente para responder às metas traçadas. Assim, no planeamento e implementação do Projeto foi essencial que existisse uma integração de diferentes técnicas psicoterapêuticas tais como as cognitivo-comportamentais, motivacionais, a relação de ajuda, técnica de resolução de problemas e a entrevista de enfermagem.

3.5 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Na fase de implementação do projeto **Consigo Saúde Mental** foi materializada “a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (Ferrito *et al.*, 2010: 23). Neste ponto do Relatório será feita a descrição da implementação das intervenções planeadas, em consonância com os objetivos definidos e tendo como base teórica o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Tal como é defendido por Ramos (2007) nesta etapa as intervenções foram implementadas por quem realizou o planeamento do Projeto, e neste caso foi acompanhado e supervisionado pela Enfermeira Orientadora. Foi também tida uma especial atenção para se existirem mudanças no “planeado, deverão ser estudadas e colocadas em prática medidas de recuperação, de tal modo que os objetivos do projeto não resultem comprometidos.” (Ramos, 2007: 9).

A implementação do Projeto decorreu entre 16 de dezembro de 2019 e 30 de janeiro de 2020. No decorrer do planeamento do Projeto, foram sendo selecionados potenciais candidatos a serem incluídos no mesmo e para este processo a utilização dos critérios de inclusão e exclusão foi essencial. Logo que o Conselho de Administração da ULSBA deu a sua autorização para a implementação do Projeto, foi realizado o contacto com os utentes/famílias e aceitaram participar no Projeto **três** doentes e **quatro** familiares.

Para que tivéssemos um melhor entendimento da população foi realizada colheita de dados sociodemográficos dos utentes e familiares, tendo para isso selecionado as variáveis: idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade.

Quadro nº 2 – Dados Sociodemográficos dos Doentes.

Utente	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Escolaridade
A	26	Masculino	Solteiro	GNR	12º ano
B	34	Masculino	Solteiro	Desempregado	9º ano
C	32	Masculino	Solteiro	Desempregado	12º ano

Quadro nº 3 – Dados Sociodemográficos dos Familiares.

Familiar	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Escolaridade
A1	62	Feminino	Casada	Desempregada	12º ano
A2	66	Masculino	Casado	Reformado	4º ano
B1	62	Feminino	Casada	Doméstica	4º ano
C1	53	Feminino	Divorciada	Administrativa	12º ano

Para garantir a confidencialidade dos participantes, estes foram codificados por letras e para facilitar a conexão utente-familiar na codificação dos familiares foi-lhes atribuída a mesma letra do utente, acrescentando-se um número.

Através da leitura dos quadros nº 2 e nº 3 podemos retirar algumas relações sobre a população do Projeto. Os doentes têm uma média de idades de 30,7 anos e são todos do sexo masculino (100%). A maioria está desempregado (66,7%) e apenas um dos doentes tinha trabalho certo (33,3%). Quanto ao nível de escolaridade a maioria tinha a escolaridade obrigatória (66,7%), e um dos utentes apenas completou o 9º ano (33,3%).

Quanto aos familiares consideramos importante referir que no caso do utente (A), ambos os progenitores aceitaram participar no Projeto, noutro utente (B) o pai recusou participar pelo que apenas a mãe participou. Quanto ao outro utente (C) estava a residir com a mãe e irmão, com a impossibilidade de o irmão (as sessões foram realizadas no horário de trabalho deste) participar no Projeto apenas a mãe foi incluída. Os familiares apresentam uma média de idades de 60,8 anos e ao contrário dos doentes a maioria é do sexo feminino (75%), em que apenas um familiar é do sexo masculino (25%). Tal como os utentes, os cuidadores na sua maioria não têm trabalho (75%), por estar reformado (25%), desempregada (25%) ou é doméstica (25%) e apenas um dos familiares é que tem trabalho (25%).

Este programa foi assim aplicado a **três famílias** e perante os dados obtidos podemos afirmar que as famílias participantes neste Projeto são maioritariamente nucleares (66,7%) e apenas uma destas é monoparental (33,3%). Os familiares cuidadores passam grande parte do seu dia junto do familiar doente.

- Primeira Sessão:

Esta sessão foi realizada a todos os participantes, tendo sido realizada a apresentação do Projeto e todos assinaram o Consentimento Informado (Apêndice III) para participarem no mesmo. Na sessão foi realizada ao doente e cuidadores uma entrevista que para Chalifour (2009:59) é um

“tipo particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam

determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim.”

O tipo de entrevista escolhido foi a semiestruturada, que apesar de dar grande liberdade ao participante, também permite algum controlo ao entrevistador pelo que foi elaborado um guião para melhor direcioná-la (Fortin, 2003).

Para garantir a recolha dos dados essenciais, sem perder o foco na interação, foi organizado um guião de entrevista, tendo como objetivo perceber a perspetiva do doente e dos cuidadores sobre a situação, acima de tudo pretendeu-se perceber o que estes sabem, quais as suas preocupações e quais as suas capacidades (Lopes, 2018). Este guião (Apêndice III) baseou-se num guião apresentado na Tese de Mestrado de Fernandes (2016) que segue uma linha orientadora similar ao pretendido na entrevista implementada. Na realização da entrevista foi também utilizado o documento Historia Clínica de Enfermagem - MOD. 1259 em vigor na ULSBA para facilitar a colheita dos dados.

Tal com planeado, nesta primeira sessão, os cuidadores preencheram a escala de Zarit (Anexo VI) validada para a população portuguesa por Sequeira (2007) e contém questões que avaliam a sobrecarga objetiva e subjetiva do prestador de cuidados informal. Escolhemos esta escala, considerando os objetivos do Projeto, pois necessitávamos de verificar a influência da intervenção psicoeducativa na redução da sobrecarga sentida pelos cuidadores dos utentes que tiveram o primeiro internamento por sintomatologia psicótica. Nesta escala estão abrangidas várias dimensões tais como a “saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.” (Sequeira, 2010: 11). Esta, apresenta quatro domínios que são: “impacto da prestação de cuidados”, “relação interpessoal”, “expectativas com o cuidar” e “perceção de auto-eficácia” (Sequeira, 2010). No quadro seguinte está especificado quais as questões que avaliam as diferentes dimensões.

Quadro nº 4 – Domínios e Respetivas Questões da Escala de Zarit

Domínios da Escala	Questões Correspondentes
Impacto da Prestação de Cuidados	1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22
Relação Interpessoal	4, 5, 16, 18 e 19
Expectativas com o Cuidar	7, 8, 14 e 15
Perceção de Auto-eficácia	20 e 21

Correspondência entre as questões e os diferentes domínios. Fonte: Sequeira (2007).

Cada uma das questões tem uma ponderação qualitativa/quantitativa que é realizada da maneira seguinte: “nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase

sempre = (5).” (Sequeira, 2010: 11). Então, pode-se obter um resultado que varia entre 22 e 110, em que quando maior score, maior será a perceção de sobrecarga, em concordância com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa (Sequeira, 2010). A aplicação desta escala foi realizada a todos os cuidadores no início e no final do programa para percebermos a influência do mesmo.

Foi também planeado a aplicação da escala Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) versão ampliada 4.0, validada para a população portuguesa por Gusmão, Talina, Xavier & Caldas de Almeida (1996), aos utentes do Projeto para avaliar a influência do programa na melhoria ou não, dos sintomas mais frequentes em quadros psicóticos. No entanto, quando foi apresentado o Projeto à diretora do DPSM, esta colocou reservas à utilização desta escala pelo que não foi possível realizar a sua aplicação. Para que fosse possível verificar a validade das intervenções junto dos doentes optou-se por aplicar um questionário de satisfação do projeto **Consigo Saúde Mental**. Para a construção deste questionário foi realizada uma pesquisa científica sobre outros questionários que avaliam a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde. O questionário Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) (Ware, Snyder, Wright & Davies, 1983) e a Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) (Bandeira & Silva, 2012) foram referência para a construção do nosso questionário. Quanto ao processo de formulação das questões está descrito de forma pormenorizada mais adiante. O questionário foi apreciado pela Enfermeira Orientadora e colegas do serviço que deram um importante contributo para o seu aperfeiçoamento. Como o questionário não foi testado e validado, os seus resultados serão meramente indicativos.

Nesta sessão foi possível verificar que de forma transversal, existia um grande desconhecimento nos doentes e seus familiares sobre os sintomas psicóticos e doença, como lidar com os sintomas e que tipo de medicamentos estavam a tomar. Tornou-se notório que o internamento foi um evento traumático para estas famílias e trouxe uma grande alteração do sistema familiar. Nos relatos destes, é facilmente detetável a presença de stresse, ansiedade e receio dos cuidadores pelo futuro do familiar. A afirmação da mãe de um dos utentes descreve bem este receio, “*não sei o que ele vai fazer da vida dele*” (sic). Outro aspeto comum é de que de uma forma ou de outra, quase todos nesta primeira sessão ainda estão a tentar encontrar estratégias para enfrentar esta nova situação.

- Segunda Sessão:

Na segunda sessão realizada, foi fornecida ao doente e família as informações sobre os sintomas e doença (no caso de já ter diagnóstico médico) e alguns mitos/estigma associados à doença mental. Ao longo da sessão estes assuntos foram sendo debatidos e direcionados

através de questões abertas para dar mais liberdade aos participantes expressar sentimentos e dúvidas.

Nos assuntos debatidos foi possível perceber que dois dos doentes já tinham tido acompanhamento em psiquiatria antes do internamento e que apenas um deles nunca tinha tido seguimento anterior. Transversal a todos os doentes e familiares foi a falta de conhecimentos sobre o que são os sintomas psicóticos e as características desses mesmos. Alguns cuidadores conseguiam enumerar alguns sintomas da Psicose, mas, não conseguiam explicar no que consistiam. Outra cuidadora, revelou uma enorme dificuldade em perceber e entender os mesmos, não conseguindo sequer associar os sintomas com o que aconteceu ao seu filho. Foi necessária uma maior atenção e uma sessão um pouco mais longa para trabalhar em conjunto com esta cuidadora o tema pois, a falta de compreensão da cuidadora estava a ser um foco de stresse na família. Outra cuidadora revelou que essa falta de conhecimento, “*o não saber o que é*” (sic) foi gerador de grande ansiedade. Esta cuidadora também referiu que o facto de o filho ter tido alta sem um diagnóstico definitivo foi gerador de stresse.

Nesta sessão os mitos e o estigma da doença mental foram abordados e verificou-se que o estigma ainda está bem presente, pois como um cuidador referiu “*ninguém gosta de ter um filho maluco*” (sic). De uma forma geral quase todos os cuidadores de uma forma mais explícita ou não, alimentam o estigma de que o seu familiar nunca vai voltar a ter uma vida normal e em várias alturas durante o programa foi necessário desconstruir juntos dos mesmos esta ideia errónea.

No final da sessão foi entregue o exercício “Lista de Problemas e Sintomas Comuns” (CNSM, 2008b) ao utente para que fosse realizado para a próxima sessão. Este exercício serviu para avaliar se as dúvidas sobre os sintomas tinham sido esclarecidas e se a informação passou da forma mais correta.

- Terceira Sessão:

A sessão iniciou-se sempre com a leitura do exercício pedido na sessão anterior e de uma forma geral todos os participantes demonstraram ter mais conhecimentos sobre os sintomas psicóticos. Estes, conseguiam de uma forma simples, enumerar e descrever alguns sintomas da Psicose e a maioria enumerou os sintomas “*alucinações*”, “*delírios*”. Um dos doentes sentiu também a necessidade de acrescentar a “*ansiedade*” e o “*isolamento*” nesta lista. Verificou-se que a ansiedade estava relacionada com a vinda do trabalho da mãe e irmão “*tenho medo de que algo lhes aconteça*” (sic). Foi trabalhado com este doente, formas de direccionar o pensamento, técnicas de distração e também iniciar a toma da medicação

ansiolítica que tinha prescrito em SOS¹³ e não estava a fazer. Quanto ao isolamento foi trabalhado com o utente, estratégias para que este comesse a fazer pequenas saídas à rua e consoante os resultados, aumentaria o número e distâncias das mesmas.

Nesta sessão tal como planeado, foi abordado tipos de tratamento e medicação. Foi possível verificar que o modelo de tratamento que os doentes e cuidadores reconhecem mais facilmente é o farmacológico e têm poucos conhecimentos sobre outras abordagens terapêuticas tais como a psicoterapia e psicoeducação. Dos três doentes nenhum estava a gerir a sua medicação de forma autónoma necessitando de ajuda dos cuidadores, quer seja na compra ou na toma no horário correto. Observou-se também que estes demonstraram poucos conhecimentos sobre quais os medicamentos que faziam parte do seu tratamento e para que se destinam. A inclusão desta temática nas sessões foi pertinente e benéfica para os doentes pois, foi importante o esclarecimento de dúvidas, contribuindo assim para uma melhor gestão do regime medicamentoso e promover uma melhor adesão à medicação.

Após ser dada a informação foi entregue o exercício “Os Benefícios (Prós) e as Desvantagens (Contras) de Tomar a Medicação” (CNSM, 2008b) aos doentes para perceber se ainda persistiam algumas dúvidas e realizar a desconstrução dos mitos e/ou entraves que surgiram. No exercício verificou-se que todos apresentaram benefícios e dois apresentaram desvantagens na toma da medicação. De uma forma genérica os doentes conseguiam identificar os medicamentos e indicar qual o seu propósito. Como vantagens os doentes apontaram o “*fazem-me sentir normal*” (sic), “*já não penso tanto que estão a falar de mim*” (sic) ou até “*melhorei, pois, lavo menos as mãos*” (sic). Outro utente referiu que “*alguma coisa está a fazer efeito pois sinto-me melhor*” (sic) também referiu que o facto de ter de tomar os medicamentos a horas certas o tinha ajudado a “*organizar-se*” (sic). Quanto à aceitação da medicação, dois doentes do Projeto não colocaram qualquer entrave à toma da mesma e apenas um mostrou-se renitente a ter que continuar com a toma da medicação. Como desvantagens na toma da medicação foram apontados alguns efeitos secundários “*obstipação*” e “*pele da cara mais oleosa*” pelo que foram realizados ensinamentos sobre alimentação eficaz na obstipação e aconselhados produtos de higiene mais adequados. Outro doente referiu que por causa da medicação “*tenho bebido mais água*” (sic) (cerca de 1,5 litros) e consequentemente urinava com mais frequência. Feita educação de que este facto, não estava relacionado com a medicação e que beber 1,5 litros de água por dia é o aconselhado e o mais adequado.

¹³ Sigla de *Si Opus Sit* (se for necessário). Utilizado nas prescrições médicas a indicar o uso de determinada medicação, apenas em situações especiais ou quando se considerar necessário (Costa, 2014).

- Quarta Sessão:

No planeamento do Projeto foi estabelecido que as últimas três sessões iriam ser realizadas apenas com os cuidadores o que acabou por acontecer em duas famílias. Na outra família o doente participou nestas sessões a seu pedido e como se tratava de um caso com o quadro clínico estável foi possível incluí-lo.

Na quarta sessão as temáticas trabalhadas centraram-se sobretudo na vivência dos cuidadores perante este evento que é traumático e um stressor para ao sistema familiar. Para além do auxílio na gestão das emoções foi também trabalhado a necessidade de ser feito um eventual reajuste das expectativas e forma de implementar um ambiente adequado para promover o bem-estar. Para auxiliar estes processos foi também fornecido aos cuidadores educação sobre a resolução de problemas partindo da premissa de que um problema é algo resolúvel.

Globalmente a participação e discussão com os cuidadores foi produtiva e foram discutidas medidas para uma correta definição dos problemas e implementação de estratégias para amenizar ou resolver os mesmos. Foi também importante trabalhar com os cuidadores a realização do reajuste de algumas expectativas, pois existia o risco de serem demasiado ambiciosas e tornar os problemas difíceis de resolver ou até mesmo irresolúveis.

Foram vários os problemas identificados pelos cuidadores e desde o *“regresso ao trabalho do filho”* (sic), o *“processo em tribunal”* (sic). Uma das cuidadoras indicou a arrumação/disposição do quarto como problema e foco de tensão dentro da família. Foi necessário trabalhar com a cuidadora alguns aspetos tais como: a existência de cedências e implementação de estratégias de comunicação e negociação.

No caso particular da família onde participou o doente, os principais problemas destacados foram o *“sair de casa e ir à rua”* (sic), *“não encontrar uma ocupação”* (sic) e *“encontrar os velhos amigos”* (sic) por causa dos consumos que este teve no passado. Foram discutidas com o doente e cuidadora algumas estratégias que poderiam ser colocadas em prática, mantendo os objetivos o mais realistas possíveis.

Nesta sessão foi utilizado o exercício “Plano para Lidar com Problemas e Estratégias” (CNSM, 2008b) para facilitar aos participantes a definição dos problemas e a escolha das estratégias para lidar com eles. No final foi oferecido um exemplar a cada um para que individualmente e sempre que achassem necessário, utilizarem-no como uma ferramenta de suporte para enfrentar novos desafios/problemas.

- Quinta Sessão:

Nesta sessão, a gestão da crise foi a temática trabalhada e foi realizada a educação sobre quais os sinais e sintomas precoces de alarme, que poderão indicar nova crise e em alguns

casos foi utilizado os relatos de experiências anteriores na crise para facilitar o debate. Foi também desenvolvido em conjunto com os cuidadores, estratégias de prevenção da crise e um plano para situações onde a crise já está instalada. Consideramos importante realçar que foi benéfico dar a conhecer alguns aspetos da Lei da Saúde Mental (AR, 1998) aos cuidadores pois existia um grande desconhecimento sobre a mesma e a discussão de alguns elementos desta lei ajudou-os a delinear quais os passos a dar em caso de uma nova crise do seu familiar.

- Sexta Sessão:

Na sexta sessão foi trabalhada a comunicação e a sua componente verbal e não-verbal, técnicas para utilizar uma comunicação eficaz, a importância de adotar uma postura adequada e usar discurso assertivo. Foram trabalhadas estratégias de comunicação a serem adotadas durante a crise e também de como esta, deverá ser feita no dia-a-dia entre os elementos da família, com especial incidência para a forma como são transmitidas certas mensagens e que poderão não ser corretamente compreendidas. Observou-se que nesta sessão existiu uma grande receptividade por parte dos participantes pois, em algumas famílias a comunicação dos seus elementos era um foco de problemas e um foco de stresse.

Nesta sessão foi pedido a todos que de uma forma informal partilhassem a sua opinião sobre a pertinência e satisfação com o Projeto e o feedback foi bastante positivo. Globalmente verificou-se uma satisfação dos cuidadores em terem recebido informação estruturada sobre a doença/sintomas do familiar e estratégias para auxiliar a adaptação. De igual forma todos os participantes consideraram ser muito importante existir projetos deste tipo para as famílias e doentes que têm alta do internamento principalmente nas primeiras semanas do pós-alta. Um dos cuidadores referiu que este Projeto o ajudou a “*entender melhor algumas coisas*” (sic), outra cuidadora afirmou que “*foi muito importante este apoio*” “*ajudou-me a perceber melhor o que aconteceu*” (sic). Quanto ao facto de este Projeto ser implementado no domicílio, todos demonstraram estar satisfeitos com este tipo de abordagem pois estão no seu contexto, e como uma cuidadora referiu “*sentimo-nos mais à vontade em casa*” (sic).

No final da sessão foi pedido aos cuidadores para que voltassem a preencher novamente a escala de Zarit (Sequeira, 2007) para perceber se o Projeto contribui ou não para a diminuição da sobrecarga dos cuidadores e foi também entregue aos doentes o questionário de satisfação do projeto **Consigo Saúde Mental** (Apêndice IV). O questionário foi criado de forma a permitir verificar o grau de concordância dos doentes com as afirmações apresentadas, pelo que, foi utilizada uma da escala do tipo Lykert (Lykert, 1932).

Este tipo de escala tem sido muito aplicado na mensuração de atitudes, utilizando-se para isso um conjunto de afirmações relacionadas com determinado tema em que a resposta é

dada pela escolha entre cinco pontos que pode ir desde a concordância total até à discordância total (Silva Júnior, 2014). Esta escala apresenta enumeras vantagens tais como, ser de fácil construção e aplicação, é objetiva e homogénea, aumentando a probabilidade de medição de atitudes (Scoaris, Benevides-Pereira & Filho, 2009). Como ponto negativo desta escala podemos indicar que a obtenção de respostas padronizadas e quantificadas “impossibilita a detecção de nuances e sutilezas de atitudes, que por sua vez são percebidas nas entrevistas e questionários abertos.” (Scoaris *et al.*, 2009: 908).

O questionário foi dividido em duas partes em que a primeira pretendia compreender qual o contributo do Projeto para aumentar a compreensão sobre o episódio psicótico sofrido e a necessidade de tomar a medicação. Pretende também perceber se existiu um contributo positivo para a relação deste com os seus familiares e para a sua qualidade de vida. Na primeira parte do questionário são abordadas as seguintes dimensões: Insight (1ª, 2ª 3ª e 4ª questões); relação intra-sistémica (5ª e 6ª questão); e a qualidade de vida (7ª e 8ª questão). Relativamente às primeiras quatro questões, elas foram formuladas tendo por base a Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SMUD) que for criada por Amador et al. (1993) e é usada para avaliação do reconhecimento da doença e necessidade de tratamento pelos doentes. Para a formulação da quarta e quinta questão recorreremos à Nursing Outcomes Classification (NOC) e ao resultado “Bem-Estar Familiar – 2601” (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010: 324) que avalia o “Ambiente de apoio, conforme caracterizado pelas relações e metas dos membros da família” (Moorhead et al., 2010: 325). Quanto à sétima e oitava questão recorreremos à World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) para a formulações das perguntas. Esta é a escala abreviada criada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (The Whoqol Group, 1998) para avaliação da qualidade de vida.

Na segunda parte as questões têm com objetivo perceber o grau de satisfação dos doentes com a intervenção do enfermeiro e do Projeto em geral. Para a criação das questões baseamo-nos na Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS) criada por Hawthorne, Sansoni, Hayes, Marosszeky & Sansoni (2014) para a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde.

- Follow-up:

Devido ao facto de este Projeto ter estado limitado ao tempo de estágio foi implementado em seis sessões, no entanto, por ser essencial manter um acompanhamento dos participantes, ficou previsto a realização das visitas de follow-up pela equipa. Este acompanhamento foi assumido pela Enfermeira Orientadora que garantiu a continuidade dos cuidados aos doentes e cuidadores.

Durante a leitura da implementação do Projeto é possível verificar que ao longo das sessões foram surgindo vários fenómenos descritos pelos participantes e que eram fontes de stresse. Tal como é defendido por Newman (2011), foi possível verificar que os stressores descritos apresentavam várias origens tais como: as intrapessoais (alucinações e delírios), interpessoais (expectativas quanto ao papel social dos indivíduos e relação entre os elementos da família) e extrapessoais (problemas financeiros ou falta de trabalho). Estes foram geradores de perturbação das linhas de defesa do sistema e provocaram desequilíbrios dos sistemas cliente e família.

Assim, as intervenções foram implementadas no intuito de aumentar a resistência das linhas de defesa do utente/família para que estes pudessem apresentar uma melhor adaptação aos stressores, evitando assim, uma influência negativa do continuum doença-saúde. As intervenções seguiram os pressupostos do Modelo de Newman (2011) e assentaram nos três níveis de prevenção. O primário, tendo sido realizado promoção da saúde, auxiliando os utentes a identificar e reduzir possíveis riscos associados aos fatores de stresse. A prevenção secundária com o auxílio realizado ao utente/família para aquisição de estratégias de coping e a prevenção terciária com a ajuda aos participantes a evitar os stressores ou a enfrentá-los com uma maior capacidade de adaptação.

3.6 AVALIAÇÃO

Na avaliação pretende-se compreender o impacto das intervenções implementadas no Projeto através de um processo contínuo, em que as intervenções e resultados serão analisados. Procura-se perceber se as intervenções planeadas e implementadas foram adequadas para o conseguimento dos objetivos estabelecidos (Batista, 2007).

Esta etapa foi realizada, tendo em conta várias dimensões que estão relacionadas com a eficácia, a eficiência e a efetividade, pois a “intervenção que se propõe realizar mudanças efetivas no contexto geral tem de desenvolver formas de ação competentes, eficientes, eficazes e efetivas, ante as diferentes dimensões da problemática em foco.” (Batista, 2007: 117).

Na avaliação da eficácia pretende-se verificar se a intervenção foi adequada para alcançar os objetivos e os resultados previstos. Quanto à eficiência, será avaliada através da verificação se a ação obteve os melhores resultados através do menor custo e esforço. Para avaliar a efetividade deve-se verificar se os resultados da intervenção trouxeram ou não uma

efetiva mudança no problema da população alvo. Verifica-se o sucesso ou insucesso da intervenção. (Batista, 2007).

Para avaliar um projeto terá que ser necessário verificar se os objetivos definidos inicialmente foram atingidos, isso irá resultar numa avaliação positiva ou negativa. Se for positiva deve-se verificar a “pertinência desse objetivo, ou seja, questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo ou se, após o término do projeto, constata-se que o mesmo não era relevante, e quais as possíveis justificações.” (Ferrito *et al.*, 2010: 26). Por outro lado, se a avaliação for negativa significa que o objetivo definido não foi alcançado pelo que é importante entender os fatores que influenciaram este insucesso e perceber quais são as consequências. Isto deverá ser impulsionador de novas estratégias e intervenções para que o objetivo possa ser atingido. (Nogueira, 2005).

Para analisarmos os resultados das intervenções implementadas e conseguirmos uma avaliação do projeto **Consigo Saúde Mental** decidimos utilizar dois instrumentos. Um deles foi aplicado aos cuidadores e o escolhido foi a escala de Zarit (Sequeira, 2007) para averiguarmos se existiu uma diminuição da sobrecarga percecionada, respondendo assim ao primeiro objetivo geral deste Projeto. O segundo instrumento utilizado, foi direcionado aos doentes e recorremos a um questionário de satisfação pois, devido aos constrangimentos anteriormente referidos não foi possível aplicar a instrumento planeado. Com este questionário pretendia-se perceber se o Projeto contribuiu para a satisfação e bem-estar dos doentes e consequentemente contribuir positivamente para o seu recovery.

Quanto ao primeiro instrumento (escala Zarit) foi aplicado apenas aos cuidadores na primeira e na última sessão, para compreender o impacto da intervenção na sobrecarga percecionada por eles. Os dados recolhidos e analisados são apresentados nos quadros seguintes onde estão os valores iniciais e finais dos scores de sobrecarga, os resultados dos diferentes domínios da escala e as médias.

Quadro nº 5 – Scores de Sobrecarga dos Cuidadores no Início e no Final do Projeto

Cuidadores	A1	A2	B1	C1	Média
Total (Score Sobrecarga) no início do Projeto	33	34	66	53	46,5
Total (Score Sobrecarga) no final do Projeto	25	27	54	25	32,75

Quadro nº 6 – Resultados dos Diferentes Domínios da Escala Zarit

Cuidadores	A1		A2		B1		C1		Média	
	Início	Final	Início	Final	Início	Final	Início	Final	Início	Final
Impacto da prestação de cuidados	18	12	18	13	30	23	26	13	23	15,25
Relação interpessoal	5	5	6	6	14	11	8	5	8,25	6,75
Expectativas com o cuidar	8	6	8	6	16	13	14	5	11,5	7,5
Perceção de auto-eficácia	2	2	2	2	6	7	5	2	3,75	3,25

Analisando os dados obtidos e olhando para o quadro nº 5, verificamos que no início do Projeto dois dos cuidadores não apresentavam um score que indicasse sobrecarga (A1 e A2) e quanto aos outros cuidadores, um apresentava sobrecarga ligeira (C1) e o outro apresentava sobrecarga intensa (B1). Observando os resultados obtidos (Quadro nº 5) no final do Projeto conseguimos observar que globalmente todos os cuidadores apresentaram uma descida no score sobrecarga. Verificamos que o score médio de sobrecarga era no início de 46,5 e que no final o valor médio desceu para 32,8. Em suma, no final do Projeto só um cuidador apresentava sobrecarga ligeira (25%), os restantes não apresentaram score compatível com sobrecarga (75%).

Para descrevermos os dados apresentados utilizando uma linguagem padronizada, recorreremos à CIPE (ICN, 2015) e ao Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018b) e verificamos que a sobrecarga está incluída no diagnóstico *Stresse do Cuidador*. Então, no início do Projeto dois cuidadores apresentavam *stresse do cuidador em grau reduzido*, outro tinha *stresse do cuidador em grau moderado* e outro apresentava *stresse do cuidador em grau elevado*. No final, após a intervenção, três cuidadores mostravam *stresse do cuidador em grau reduzido* (75%) e um apresentava *stresse do cuidador em grau moderado* (25%).

Quanto aos domínios da escala Zarit (Quadro nº 6) verificamos que em quase todos existiu uma descida dos valores e que apenas uma cuidadora apresentou no domínio *perceção de auto-eficácia* um aumento do score.

Perante estes resultados pudemos constatar que o Projeto foi bem-sucedido no atingimento do seu primeiro objetivo geral pois, no final das seis sessões todos cuidadores apresentaram menor nível de sobrecarga. No entanto, o período entre as duas avaliações foi de seis semanas o que pode não ser o tempo suficiente para verificar a verdadeira amplitude da intervenção psicoeducativa, na adaptação e coping dos cuidadores. Para verificar se as

mudanças foram efetivas, a Enfermeira Orientadora comprometeu-se a executar nova avaliação da sobrecarga, seis meses após a última sessão.

O segundo instrumento utilizado foi apenas aplicado aos doentes e foi aplicado no final do Projeto. Os resultados do questionário de satisfação podem ser verificados nos quadros nº 7 e nº 8.

Quadro nº 7 – Resultados do Questionário Quanto ao Contributo do Projeto.

Frases	A	B	C	Média
Estas sessões ajudaram-me a compreender melhor o que me aconteceu antes de estar internado	4	3	5	4
Agora, consigo explicar e compreender os meus sintomas	4	3	4	3,7
Com a informação que me foi fornecida compreendo melhor os benefícios da medicação	4	4	5	4,3
Este programa não trouxe qualquer contributo positivo para mim	1	2	1	1,3
No final deste Projeto sinto que me relaciono melhor com os meus familiares	3	3	5	3,6
Sinto que a minha família me compreende melhor	3	2	5	3,3
Consigo viver melhor com o meu problema de saúde	4	3	5	4
Tenho mais confiança nas minhas capacidades	3	2	5	3,3

No quadro anterior são apresentadas as respostas dadas pelos utentes às frases incluídas na primeira parte do questionário. Para conseguirmos dar uma ponderação qualitativa/quantitativa às respostas foi utilizada uma escala de Lykert com a seguinte ponderação: *Discordo Totalmente* = (1); *Discordo* = (2); *Nem Concordo Nem Discordo* = (3); *Concordo* = (4) e *Concordo Totalmente* = (5).

Observando o quadro anterior, percebemos que os utentes na sua maioria (75%) indicaram que o Projeto os ajudou a perceber melhor as causas para o seu internamento e compreender melhor os seus sintomas (Frases nº1 e nº2). No entanto, um dos doentes nem concordou nem discordou (25%). Por outro lado, todos (100%) indicaram que o Projeto os ajudou a perceber os benefícios da medicação (Frase nº3) e consideraram também que o mesmo lhes trouxe um contributo positivo (Frase nº4).

Quanto aos contributos do Projeto para a relação do utente com os seus familiares e a percepção de que é mais compreendido (Frases nº5 e nº6), existiram respostas dispares. Um dos utentes concordou totalmente com os benefícios do Projeto nestes domínios, outro nem concordou nem discordou e outro não concordou com a existência de benefícios.

A maioria dos utentes (75%) concorda com o facto de que o Projeto os ajudou a viver com o seu problema de saúde (Frase nº7) e apenas um deles (25%) considerou não ter tido

benefícios. Quanto ao contributo para a confiança nas suas capacidades (Frase nº8), um dos utentes concordou totalmente com esta afirmação, enquanto que outro nem concordou nem discordou e outro não concordou.

Como já foi dito anteriormente, este questionário foi aplicado no final do Projeto o que eventualmente poderá não espelhar todos os benefícios da intervenção realizada. Pretendia-se, para além de aquisição de estratégias de coping, uma mudança de atitude dos participantes o que em alguns casos pode demorar mais tempo, pois a adaptação às mudanças é um processo dinâmico e variável (Neuman, 2011). Este aspeto foi discutido com a Enfermeira Orientadora e Docente, tendo ficado estabelecido que nas sessões de follow-up para além de uma nova avaliação da escala Zarit aos cuidadores seria também feito a repetição do questionário aos utentes.

Quadro nº 8 – Resultados do Questionário Quanto à Satisfação do Utente

Questões	A	B	C	Média
Até que ponto está satisfeito com o número de sessões realizadas e a sua duração?	4	3	5	4
Até que ponto está satisfeito com o trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro que implementou as sessões?	4	4	5	4,3
Até que ponto está satisfeito com o facto de as sessões terem sido realizadas na sua residência?	4	4	5	4,3
Como classifica a sua satisfação com as sessões do “Consigo Saúde Mental”?	4	3	5	4

No quadro anterior estão colocadas as respostas dadas pelos utentes na segunda parte do questionário que igualmente utiliza uma escala de Lykert com as respostas organizadas do seguinte modo: *Muito Insatisfeito* = (1); *Insatisfeito* = (2); *Nem Insatisfeito Nem Satisfeito* = (3); *Satisfeito* = (4) e *Totalmente Satisfeito* = (5).

Pudemos então verificar que todos os utentes (100%) se mostraram satisfeitos com o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro durante as sessões e pelo facto de as mesmas terem sido realizadas no domicílio (Questões nº2 e nº3). Quanto à duração e número de sessões do Projeto apenas um dos utentes (25%) não se mostrou satisfeito nem insatisfeito, enquanto que os restantes se mostraram satisfeitos (75%). Na apreciação global das sessões do **Consigo Saúde Mental** um dos utentes mostrou estar totalmente satisfeito, outro satisfeito e o outro utente escolheu a opção de nem insatisfeito nem satisfeito.

Perante todos os dados recolhidos consideramos que este Projeto conseguiu atingir o seu segundo objetivo, em que se propunha contribuir para o recovery do utente após o internamento por sintomatologia psicótica. Em primeiro lugar pelo apoio dado aos cuidadores, que vai contribuir para uma melhor prestação de cuidados destes e em segundo lugar pela

psicoeducação fornecida aos doentes que contribuiu para aumentar a compreensão da doença, dos sintomas, tratamento e na adesão à medicação.

Além do conseguimento dos objetivos principais, consideramos que o Projeto conseguiu trazer contributos importantes para o aumento da literacia em saúde dos participantes, para uma melhoria da comunicação entre os membros da família e para uma maior compreensão sobre a sua doença e as causas para o internamento. Contribuiu também para um aumento da adesão terapêutica do doente o que juntamente com os ganhos anteriormente descritos contribuíram para uma melhoria clínica destes. Pudemos então afirmar que o Projeto conseguiu ter uma influência positiva para melhoria da qualidade de vida dos seus participantes, diminuído o impacto negativo do episódio psicótico na vida pessoal, social e profissional dos membros da família. Consideramos também que conseguiu-se trazer importantes contributos para a restituição da homeostasia do sistema cliente e sistema família dos participantes.

Perante os resultados positivos do Projeto, consideramos que estes poderão ser ainda mais significativos com a realização do Follow up, pois estas sessões serão extremamente importantes para sedimentação das adaptações ocorridas nos doentes e cuidadores. Consideramos importante também referir que os resultados obtidos no **Consigo Saúde Mental** estão em linha com as evidências científicas encontradas na RIL realizada.

Para além dos aspetos positivos do Projeto é importante indicar algumas das suas fraquezas. Uma delas foi o facto de o número de participantes ser reduzido o que faz com que dos dados obtidos não sejam estatisticamente significativos. Outra está relacionada com o facto de o Projeto ter que ser implementado durante o estágio final, o que levou à realização de várias adaptações nas sessões que tiveram de ser condensadas e em menor número do que inicialmente pensado. Por fim, ao utilizarmos um questionário de satisfação em vez da escala BPRS não conseguimos avaliar aspetos importantes da evolução clínica e recovery dos doentes.

Outro especto que achamos importante referir é de que, no planeamento do Projeto as primeiras três sessões seriam dirigidas ao utente e família enquanto que as últimas três sessões seriam apenas dirigidas aos familiares. No entanto, na fase de implementação, numa das famílias o utente acabou por participar em todas as sessões o que acabou por ser benéfico para todos. Assim consideramos que este tipo de projeto pode incluir o doente em todas as sessões caso a situação psicopatológica do doente assim o permita, tal como é defendido na TFC (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007).

Perante isto, pudemos afirmar que concluímos com sucesso o Projeto desenvolvido, visto termos alcançado os objetivos a que inicialmente nos propusemos. Na realização deste Projeto pretendeu-se seguir o processo de investigação em enfermagem que é descrito pela

OE como um “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006: 1).

Este processo de investigação permite que a profissão de enfermagem tenha um aumento da sua área de conhecimentos, possibilitando o seu desenvolvimento como ciência. Este conhecimento garante um suporte científico que vai orientar a prática da profissão e consagrar a sua credibilidade (Fortin, 2003).

4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Em enfermagem o cuidado é um constructo complexo e dinâmico, que envolve o ser pessoal e profissional do enfermeiro, os seus conhecimentos e atitudes que determinam parte da relação estabelecida com o utente (Schaurich & Crossetti, 2008).

Para os mesmos autores, este “cuidado é constituído e permeado por diferentes elementos, como a responsabilidade, as habilidades, as relações interpessoais, os saberes e conhecimentos instituídos” (Schaurich & Crossetti, 2008: 545). O cuidar apresenta-se como um pilar essencial da profissão que tem o objetivo de

“prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2015a: 2).

Para prestar estes cuidados os enfermeiros devem deter qualificações adquiridas, que se diferenciam tratando-se de um enfermeiro generalista ou EE. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) ao EE é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem.” (OE, 2015a: 99).

O desenvolvimento destas competências específicas por parte do enfermeiro dependerá da sua dimensão intrapessoal, do contexto e dos saberes adquiridos e mobilizados para resolução de um problema identificado, assente numa prática reflexiva (Serrano, Costa & Costa, 2011). Estas competências podem ser definidas por serem “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.” (Fleury & Fleury, 2001: 188).

Neste capítulo será realizado uma análise das competências adquiridas, comuns ao EE, das competências específicas do EEESMP e também as competências de Mestre em ESMP. Este processo será efetuado através da reflexão sobre os conhecimentos adquiridos durante o período letivo deste Mestrado e no processo de mobilização e implementação dos mesmos durante os estágios realizados.

Assim, a análise da aquisição de competências comuns do EE terá como linha orientadora o Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento nº 140/2019,

publicado em Diário da República, 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019. Quanto à análise das competências adquiridas e que são específicas do EEESMP, será feita tendo como base o Regulamento das Competência Específicas do EEESMP, Regulamento 515/2018, publicado em Diário da República, 2ª série, nº 151 de 7 de agosto de 2018. Por fim a análise das competências adquiridas de Mestre em ESMP será fundamentada recorrendo ao Decreto-Lei nº 65/2018, publicado em Diário da República, 1ª série, nº 157 de 16 de agosto de 2018.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente existe uma maior exigência técnica e científica nos cuidados prestados pelos enfermeiros o que torna a necessidade de diferenciação e especialização uma realidade cada vez mais comum (OE, 2019). Prestar cuidados de enfermagem advém de um processo complexo baseado em várias áreas do saber e exige múltiplos conhecimentos técnicos, científicos, relacionais e éticos (Vaz, Rosário, Silva & Nunes, 2011).

Perante este desafio, pretende-se que o EE possua qualificação e competências diferenciadas uma vez que lhe deve ser reconhecido “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem.” (OE, 2015a:99). Estas competências estão expressas no Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019) e estão reunidas em quatro domínios:

- A) Responsabilidade Profissional Ética e Legal;
- B) Melhoria Contínua da Qualidade;
- C) Gestão dos Cuidados;
- D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019).

Estas competências abrangem múltiplas dimensões que envolvem a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019: 4744).

O domínio da responsabilidade profissional ética e legal (A) é constituído por duas competências e de seguida iremos analisar o processo de aquisição das mesmas. Na primeira competência (A1) espera-se que o EE “Desenvolve uma Prática Profissional, Ética e Legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019: 4746).

No momento em que presta cuidados o enfermeiro tem de atuar em situações complexas do ponto de vista ético e legal. Nestas situações necessita de um “agir ético” pois

“existem muitas problemáticas relacionadas com o agir ético o que coloca o enfermeiro, por vezes, num domínio puramente reflexivo e o conduz a agir conforme a sua consciência. A consciência é pessoal e intransmissível e, ao agirmos em consciência, agimos com afeto e de acordo com o valor moral dos atos” (Mendes, 2009: 167).

Para Fernandes (2010) identificado um problema ético, o enfermeiro irá procurar a melhor ação para resolvê-lo, elaborando estratégias que revelem ser as mais corretas para o doente, assumindo a responsabilidade pelas decisões e ações que tomou, no respeito pela deontologia profissional de enfermagem. No decorrer do agir ético existe um processo de tomada de decisão, “que não pode consistir em uma equação matemática pura, mas na análise cuidadosa e reflexiva dos principais fatores envolvidos”. (Gracia, 2001: 20)¹⁴.

Durante este processo, em contexto de prestação de cuidados, fomos sendo confrontados com inúmeros problemas/stressores que impulsionaram a nossa tomada de decisão, sustentada nos conhecimentos, na experiência e na deontologia profissional. Foram contruídas e implementadas estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e sempre que possível, estas estratégias foram também alvo de discussão com a equipa do serviço. Assim foram seguidos os pressupostos estabelecidos nos critérios de avaliação da competência A1.1 do Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019) (Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas).

Para perceber se a tomada de decisão foi adequada, efetuou-se a avaliação dos resultados obtidos, em linha com os critérios de avaliação da competência A1.3 (Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão). Estes, foram partilhados com a equipa para promover a reflexão e o surgimento de novas propostas de intervenção. Pudemos também utilizar como exemplo todo o processo de criação, implementação e avaliação do Projeto implementado no estágio final.

Durante o estágio final, nas reuniões com os enfermeiros dos CSP foi possível assumir o papel de consultor na tomada de decisão para a intervenção a ser implementada a utentes com doença mental. Para isso, foi essencial a ajuda da Enfermeira Orientadora que com a sua experiência forneceu a orientação necessária. Neste caso particular será importante referir que durante o estágio final foi realizada formação aos colegas das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de Moura e Vidigueira com o tema “Abordagem ao

¹⁴ no pueda consistir en una pura ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados.

Doente Esquizofrénico” (Apêndice V) onde foi possível no final de cada sessão realizar consultadoria sobre os casos levados à discussão pelos colegas. Assim, conseguiu-se dar resposta ao que é preconizado nos critérios de avaliação da competência A 1.2 (Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade).

A segunda competência do domínio em análise (A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais) assenta no princípio de que o enfermeiro presta cuidados, reconhecendo a dignidade do outro, respeitando a sua forma de pensar e a sua visão do mundo, estabelecendo limites que proveem do quadro deontológico (Nunes, 2016). No mesmo sentido a OE afirma que a pessoa é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se” (OE, 2015b: 98).

Durante os períodos de estágio, toda a nossa intervenção foi guiada pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos que “incorpora os princípios que enunciam as regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais.” (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [UNESCO], 2006: 2). Foi também usado como referência a deontologia da profissão e em especial artigo 99º, considerado como o “artigo ético” onde estão enunciados os valores, deveres e os princípios orientadores da profissão (AR, 2015). A deontologia profissional de Enfermagem como um todo é essencial para a profissão, no entanto consideramos importante destacar para além do artigo 99º os artigos 102º, 103º, 104º, 105º, 106º e 110º que foram determinantes na prática.

Perante o que foi descrito anteriormente podemos indicar que as competências inseridas no domínio responsabilidade profissional ética e legal (A) foram adquiridas e para além dos estágios as Unidades Curriculares (UC) de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e ESMP I e II, ofereceram um importante contributo.

Quanto ao segundo domínio de competências (B) descrita no regulamento das competências comuns do EE, centra-se na Melhoria Contínua da Qualidade e nela estão incluídas três competências, analisadas de seguida.

Trata-se de uma temática de extrema relevância pois a qualidade dos cuidados de saúde para além de uma obrigação ética têm um forte contributo na redução dos riscos evitáveis, promove um melhor acesso das pessoas aos cuidados. Estes, terão de ser acessíveis e equitativos, adequados aos recursos disponíveis e às necessidades e expectativas da pessoa para garantir a sua satisfação (Ministério da Saúde, 2015).

O Projeto de Intervenção em Serviço **Consigo Saúde Mental** aplicado no DPSM da ULSBA veio contribuir para organizar e melhorar os cuidados prestados aos utentes do serviço e foi sustentado na investigação. Pretendeu-se diminuir o impacto da doença mental no doente e família, em particular a sobrecarga dos cuidadores, contribuir para o recovery dos doentes, aumentar a sua literacia em saúde mental, promover uma melhor comunicação e melhorar a qualidade de vida dos participantes. Todo este processo envolveu a equipa tendo em vista a melhoria dos cuidados, as intervenções foram escolhidas tendo em conta a evidência científica encontrada e as mesmas foram alvo de avaliação de forma a aferir se a melhoria dos cuidados se refletiu nas pessoas que participaram no Projeto.

Durante os estágios para além do Projeto elaborado, existiu um contacto e participação em projetos que já existiam no serviço e que também visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em particular a visita domiciliária das EC, os projetos em vigor na Área de Dia, as consultas de Gerontopsiquiatria e o Grupo de Apoio aos Cuidadores.

Tudo o que previamente foi descrito vai ao encontro do está definido nos critérios de avaliação das competências B1 (Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica) e B2 (Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua).

Neste período foram adotados comportamentos e atitudes que pudessem garantir um ambiente terapêutico e seguro (B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro) para os utentes em que a sua importância é reforçada na Deontologia Profissional de Enfermagem quando é referido que o enfermeiro tem o dever de “Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015b: 98). Neste mesmo documento afirma-se que a pessoa deve ser o centro da intervenção e a relação o instrumento principal, isto irá convergir para que exista uma melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2015b).

Os comportamento e atitudes adotados foram sustentados no regulamento das competências comuns do EE (OE, 2019) e visaram a promoção do envolvimento da família como parceiro nos cuidados, inculcar comportamentos promotores de saúde nos utentes, procurando manter o respeito pela individualidade, a identidade cultural e as necessidades espirituais dos mesmos. Foi também garantido que a administração de medicação foi sustentada nos conhecimentos sobre as substâncias terapêuticas de forma a garantir a segurança da técnica. Os registos foram realizados nas plataformas informáticas em vigor na instituição (SCLínico) e a todos os dados que foram recolhidos foi garantindo a confidencialidade.

Em suma, após a análise das competências inseridas no domínio B, consideramos que estas foram alcançadas com sucesso pela conceção e operacionalização do projeto para melhoria dos cuidados, sustentado em práticas baseadas em evidência científica e promovendo um ambiente seguro, centrado nas pessoas.

O terceiro domínio de competências (C) reporta-se para a Gestão dos Cuidados, contendo duas competências sobre as quais vamos realizar uma reflexão. A competência C1 indica que o EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019: 4748). Quanto à competência C2 aponta que ele “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019: 4748).

Perante o descrito podemos esperar que o EE assuma a responsabilidade pelas suas decisões e pelos cuidados que presta ou delega, tendo o cuidado de garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados que delegou (OE, 2015b). Ele é um profissional preparado e qualificado

“de modo único para promover a saúde de todas as pessoas, em virtude da sua formação e experiência, devem estar activamente envolvidos na política de saúde e na tomada de decisões, incluindo a delegação das tarefas de Enfermagem a outros prestadores, pessoal deles dependente.” (OE, 2007:3).

Assim, o EE necessita de desenvolver competências na área da liderança pois trata-se de um instrumento de gestão essencial na prática de enfermagem e irá ajudá-lo na coordenação de equipas, na tomada de decisão e na gestão de conflitos (Amestoy, 2008).

Ao longo deste percurso académico, consideramos que a postura tranquila, assertiva, com uma enorme disponibilidade e empenho no processo de aprendizagem foi precursor para a criação de boas relações com os elementos da equipa ajudando assim à existência de um ambiente positivo. Consideramos ser importante mencionar como exemplo o momento da apresentação do Projeto à equipa (Apêndice VI), onde este bom ambiente foi essencial para a discussão do tema em conjunto, em que acreditamos ter promovido uma mudança positiva nos cuidados prestados aos utentes.

Durante os estágios todas as escolhas que foram tomadas tiveram sempre o propósito de garantir uma correta gestão dos recursos, reduzindo o desperdício e assim promover uma maior eficiência.

Os estágios foram realizados maioritariamente em contexto comunitário o que fez com que não houvesse um grande contacto com outros profissionais funcionalmente dependentes. No entanto, sempre que surgiu a possibilidade de realizar a delegação de tarefas de enfermagem ela foi realizada a pessoal funcionalmente dependente (Assistentes

Operacionais), com preparação adequada para as executar (OE, 2015a). Podemos afirmar que todo este processo foi implementado respeitando a deontologia profissional da profissão.

Face ao que foi exposto, consideramos que a aquisição das competências incluídas no domínio da competência C (Gestão dos cuidados) foram adquiridas com sucesso. Para obtenção das mesmas, os estágios realizados foram essenciais, no entanto, as UC como a Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e ESMP I, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica trouxeram contributos importantes.

O último domínio das competências comuns do EE diz respeito ao Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D) e inclui duas competências que são: D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Quanto à competência D1 podemos afirmar que foi a competência que começou a ser adquirida logo com o início do Mestrado. A natureza do desafio e a componente letiva do curso instigaram o processo de autoconhecimento em especial as UC como Relação de Ajuda em Saúde Mental e Desenvolvimento Pessoal. Neste Mestrado os conhecimentos adquiridos das aulas, as reflexões realizadas e o diálogo com os outros, foram fatores importantes para aquisição desta competência. No entanto, foi a relação com os utentes durante os estágios que demonstrou ser o principal impulsionador do investimento pessoal realizado, do desenvolvimento do autoconhecimento, da comunicação e da assertividade.

Tal como é defendido por Rogers (2009), na relação terapêutica não é só o utente que vai fazer o seu processo de crescimento e mudança, também o terapeuta fará um caminho de crescimento profissional e pessoal. Consideramos que o que é descrito pelo autor descreve perfeitamente o que foi ocorrendo ao longo dos estágios, pois na relação com os utentes e familiares deparamo-nos com vários desafios que obrigaram repensar a comunicação, determinadas atitudes e em alguns casos perceber as razões para o surgimento de determinados sentimentos. Estes factos para além de fomentarem uma reflexão individual, promoveram o processo de autoconhecimento.

Outro facto relevante foi o desenvolvimento da capacidade para utilizar a assertividade na relação com os utentes, essencial para uma prestação de cuidados mais diferenciada. Ela, permite ao enfermeiro a sua autoafirmação nas interações, conseguir expressar melhor as suas opiniões e sentimentos, conseguindo também defender os seus próprios direitos sem desrespeitar o outro (Jardim & Pereira, 2006).

Townsend (2011) afirma que a assertividade pode aumentar a autoestima, ajudando-nos a sentirmo-nos melhor com nós próprios e ajuda-nos a criar relações satisfatórias com os outros.

Através do desenvolvimento do autoconhecimento e o treino da assertividade foi percorrido um caminho que conduziu a um maior conhecimento sobre as capacidades, limites, valores e sentimentos o que levou ao desenvolvimento de uma melhor gestão das emoções e aumento de habilidades para prestar cuidados de enfermagem especializados. No ponto onde será analisado a aquisição de competências de EEESMP esta temática será alvo de nova análise pois é um dos domínios centrais da especialidade.

A competência D2 remete-nos para a importância que a aprendizagem contínua e a evidência científica têm para a profissão. Foi a nossa persistente procura pelo desenvolvimento pessoal e profissional que levou ao ingresso no Mestrado e durante todo este período, em especial nos estágios, o estudo e a procura do conhecimento baseado na evidência científica, foram constantes. Durante o estágio final foram identificadas áreas com maior necessidade de intervenção, pelo que foram planeadas intervenções sustentadas na evidência encontrada. Como exemplos, poderão ser enumerados o Projeto de Intervenção em Serviço criado e as formações realizadas aos colegas dos CSP de Moura e Vidigueira (Apêndice V) e aos colegas do DPSM (Apêndice VI), que foram elaboradas a partir das necessidades identificadas. Será também importante ressaltar a RIL concretizada, onde se investigou um problema identificado e procurou-se encontrar evidência científica das soluções mais adequadas ao problema. Para garantir o processo de translação da ciência e contribuir para o desenvolvimento da profissão o artigo realizado foi submetido para a Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento – RIASE (Apêndice I).

Perante o exposto podemos afirmar que as competências inseridas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram desenvolvidas e adquiridas com sucesso. Realizada a apreciação sobre a aquisição das competências comuns do EE segue-se a análise sobre as competências do EEESMP.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A ESMP como área especializada dentro da profissão de enfermagem, evidencia uma prática mais complexa e um maior leque de conhecimentos. Apresenta uma maior autonomia, sustentando a sua intervenção na evidência científica e nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, implementando cuidados com um elevado nível de qualidade (OE, 2011).

O EEESMP através do seu conhecimento aprofundado e das suas competências especializadas, apresenta um entendimento sobre a alteração e perturbação mental, uma compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, um amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e as implicações que estas alterações têm no projeto de vida da pessoa (OE, 2018a). Ele, “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.” (OE, 2018a: 21427).

Partindo deste princípio o EEESMP apresenta um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que ao implementar uma relação de parceria procura ajudar o utente a “manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2018a: 21427).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018a) contempla quatro competências específicas e cada uma delas será analisada tendo em conta as respetivas unidades de competência e os seus critérios de avaliação. Concomitantemente com a análise das competências será realizada uma reflexão crítica sobre a aquisição e desenvolvimento das mesmas ao longo da etapa teórica e em especial nos estágios realizados.

As quatro competências incluídas no regulamento são:

- “a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018a: 21427).

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018a: 21427).

A primeira competência está profundamente relacionada com o Eu e de que forma isso poderá influenciar a relação com o utente. Ela indica que o EEESMP quando realiza técnicas

psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, a sua capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal têm uma importância capital na prática de ESMP pois vai influenciar a capacidade de estabelecer relações terapêuticas e condicionar os resultados esperados das intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas desenvolvidas (OE, 2018a).

A componente teórica do Mestrado trouxe um importante contributo para a aquisição desta competência em particular as UC de Desenvolvimento Pessoal e Relação de Ajuda em Saúde Mental que forneceram uma nova construção e solidificação de conhecimentos teórico-práticos, promoveram inúmeras experiências que fomentaram um sentido crítico e um processo de autorreflexão. Para Phaneuf (2001:177) “a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos”. Para que este processo acontecesse os trabalhos/reflexões escritos e orais realizados foram essenciais e conduziram ao desenvolvimento do autoconhecimento, da consciencialização e de uma melhor comunicação, ajudando-nos assim, a estabelecer melhores relações interpessoais.

Durante os estágios realizados a relação com os utentes foi a base da nossa intervenção e como é defendido por Peplau (1988) esta relação apresenta um potencial terapêutico pois o enfermeiro vai ter uma influência no doente através do uso que faz de si na interação com ele. Nela os dois intervenientes vão compartilhar um crescimento pessoal a partir da relação interpessoal criada entre ambos (Peplau, 1988).

Toda a relação tem um potencial terapêutico e esta não é uma simples interação verbal, mas uma partilha que envolve a pessoa num todo e várias formas de comunicação. A relação enfermeiro-cliente é um aspeto central no cuidado da ESMP. Esta pode manifestar-se de duas formas: a primeira é a relação como o contexto de todo o cuidado e a segunda é o relacionamento como uma estratégia separada para a intervenção terapêutica (Lopes, 2018).

Para que esta relação se torne profícua para ambos o EEESMP deve “possuir uma vivência interior rica, grande disponibilidade e empatia. Necessita ainda de estar atento a tudo quanto, vindo do outro, se pode tornar significativo” (Pio Abreu 2015: 23). Com os elementos observados na pessoa o enfermeiro “constrói um “puzzle” que atualiza dentro de si, e cujos nexos em falta descobre na sua interioridade para os pesquisar na interacção com o cliente, numa permanente comparação e co-experimentação.” (Pio Abreu, 2015: 23).

Nas intervenções realizadas e no processo de relação de ajuda implementado aos doentes em contexto de consulta ou VD, pretendeu-se ajudar os utentes a enfrentar dificuldades e fenómenos stressores. Implementámos os cuidados reconhecendo o utente como ser único, que interage com o seu meio ambiente de um modo particular de interagir

com o seu ambiente, ajudando-o a adquirir uma maior consciência-de-si e compreender melhor os seus recursos pessoais (Chalifour, 2008).

Todas estas interações realizadas contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional pois, todas ofereceram oportunidades para que tenha sido feita uma reflexão acerca da postura adotada, identificando as emoções e sentimentos que emergiram na relação com os utentes. Este facto obrigou a um investimento e estudo para aumentar os conhecimentos teórico-práticos, assim como a aprendizagem com a Enfermeira Orientadora e outros enfermeiros da equipa, que com a partilha de experiências e saberes auxiliaram na correção e adequação de comportamentos e postura perante o doente. Este processo é importante pois para o EEESMP é “na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios.” (Chalifour, 2008: 9).

Por outro lado, as reflexões realizadas sobre as emoções e sentimentos que emergiram das interações foram importantes para o autoconhecimento e para melhorar os cuidados, pois a gestão das mesmas vai influenciar a eficácia das decisões e consequentemente o desempenho profissional (Alves, Ribeiro & Campos, 2012).

Todo este trabalho auxiliou-nos na adoção de uma postura mais responsável e assertiva, com uma tomada de decisão reflexiva, uma melhor gestão dos sentimentos e emoções, realizando intervenções mantendo os limites éticos e profissionais, separando o processo terapêutico em curso de outros comportamentos que poderiam ser prejudiciais para os utentes. No entanto, consideramos importante partilhar o que aconteceu numa VD a um utente psicótico que no momento da visita apresentava um comportamento ameaçador derivado aos delírios persecutórios de autorreferência. Naquele momento foram sentidas dificuldades na gestão do ambiente e em direcionar o utente para a realidade, acima de tudo foram sentidas dificuldades em gerir as nossas próprias emoções. As dificuldades detetadas fomentaram uma reflexão e análise em conjunto com a Enfermeira Orientadora sobre as emoções que emergiram e estimulou o estudo sobre a temática e sobre as intervenções mais adequadas a tomar. Apraz-nos dizer que este processo teve bons resultados pois posteriormente aconteceram situações similares em que a nossa intervenção foi mais adequada e satisfatória.

Alguns doentes, mesmo que de forma implícita apresentaram fenómenos de transferência onde alguns deles, projetaram algumas das suas emoções e sentimentos para os profissionais. Foram realizadas muitas reflexões e pesquisa científica sobre este fenómeno mas, também discussões com a Enfermeira Orientadora e outros enfermeiros do serviço que contribuíram para uma melhor gestão deste fenómeno e evitar o processo de contratransferência que para Corpas & Loyola (2005) está vinculada aos valores, crenças e á

própria subjetividade do profissional pelo que ele deve entender que por vezes a projeção de emoções positivas e negativas sobre si próprio, por parte dos utentes, é um fenómeno transferencial.

Em suma, consideramos que todo o percurso realizado para a aquisição da primeira competência do EEESMP foi um sucesso e que este foi conseguido devido a um processo de aquisição de conhecimentos teóricos, à vivência de experiências na prática clínica, reflexões realizadas e o desenvolvimento do auto-conhecimento e autoconsciência, a nível pessoal e profissional. A aquisição desta competência foi um processo complexo, mas bastante enriquecedor pois, trabalhar com os sentimentos e emoções é um grande desafio, mas foi vislumbrado como uma oportunidade de crescimento. As experiências retiradas das relações com os utentes tiveram um contributo inestimável e talvez o principal fator para o auto-conhecimento e autoconsciência conseguidos.

Consideramos que para conseguirmos a excelência nos cuidados do EEESMP é essencial que este realize um processo de desenvolvimento reflexivo e de autoconhecimento para conseguir ter a capacidade de em determinados momentos e perante situações complexas, ser capaz de sustentar um equilíbrio pessoal e profissional. Assumimos que se aceitarmos e consciencializarmo-nos das nossas distintas características, valores, capacidades e limitações torna-nos enfermeiros mais preparados para cuidar e estabelecer relações terapêuticas com os utentes.

“b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018a: 21427).

Quanto à segunda competência está intimamente ligada à abrangência dos cuidados que o EEESMP implementa pois, eles são aplicados à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade. Para isso o EEESMP deve realizar uma “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” (OE, 2018a: 21428).

Durante a prática clínica foram implementadas estratégias para criar relações de confiança, com respeito e empatia, criando assim um ambiente seguro, sempre com uma linguagem acessível e assertiva (Lopes, 2018). Estas estratégias para além de criar uma boa relação, criaram uma base para que fosse feita a colheita de dados que permitiu o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e realizar uma avaliação diagnóstica da pessoa, família ou comunidade. Para Amaral (2010) na colheita de dados é aonde se

estabelece o vínculo terapêutico, onde o enfermeiro conseguirá reconhecer a causa para a “busca da ajuda”, perceber as necessidades psíquicas, físicas e sociais do utente.

Para realizar a recolha dos dados o instrumento mais importante foi a entrevista que pode ser vista como algo simples, mas é potencialmente muito complexa particularmente em contexto psiquiátrico. Esta, é uma interação altamente sofisticada e potencialmente terapêutica. Se tratada adequadamente, a pessoa pode descobrir coisas que não sabia (Barker, 2009). Para Chalifour (2009: 59) ela “é um tipo particular de comunicação humana que visa essencialmente ajudar o outro a ajudar-se a si-mesmo”.

No decorrer dos estágios foram realizadas inúmeras entrevistas de diferentes tipos mas na sua maioria foram formais não estruturadas que segundo Chalifour (2009: 103) tem como objetivo “fomentar a consciência de si (awareness) e a emergência de recursos, deste modo permitindo ao cliente fazer escolhas em função das suas características e valores considerando, simultaneamente, as condições do ambiente que o envolve e, viver plenamente a sua vida”. Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas no decorrer do projeto **Consigo Saúde Mental** pois conseguimos ter um controlo através do guião de entrevista, mas também deu liberdade de resposta aos participantes do projeto.

Elas foram essenciais para realizar um processo de avaliação que “exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.” (OE, 2018a: 21428). Com as entrevistas conseguiu-se realizar a avaliação diagnóstica que permitiu avaliar o estado mental da pessoa e compreender a relação da pessoa com a família e comunidade e perceber o impacto que as mudanças ocorridas provocaram no autocuidado (Lopes, 2018). Assim, conseguimos compreender a situação da pessoa de forma holística.

Antes desta avaliação abrangente será importante perceber o que o doente sabe, o que o preocupa e qual a capacidade do cliente. Estes aspetos permitem-nos ter acesso à “história” conforme a pessoa a entende (Lopes, 2018).

Para a realização das entrevistas foi necessário mobilizar as aptidões de comunicação que foram sendo desenvolvidas no decorrer dos estágios. Consideramos ser importante demonstrar disponibilidade, aceitação e utilizar uma comunicação verbal e não-verbal adequadas. Será importante ressaltar que a comunicação não-verbal está

“impregnada de significados e também é uma forma de expressão emocional. Na pessoa assertiva é importante o olhar e a sua reciprocidade, a expressão facial e o sorriso, a postura corporal mais direita e descontraída, a gestão do espaço relativamente à distância mantida na interação, que deverá ser de proximidade e ao mesmo tempo confortável para os interlocutores.” (Loureiro, 2013: 43).

Para a colheita de dados foram também utilizadas técnicas observacionais, análise e interpretação das atitudes, emoções, medos dos doentes e recorreu-se a estratégias que possibilitassem uma melhor resolução dos problemas identificados e á compreensão do estado de saúde mental. A avaliação do estado mental obedeceu aos parâmetros “aspeto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspetos formais do pensamento, conteúdo do pensamento, alterações percetivas, capacidade de interpretação e consciência da doença.” (OE, 2017: 1).

Todos estes aspetos permitiram compreender a causa dos problemas que favoreceram a crise, como a doença se desenvolveu, a existência de insight do utente, os sinais de recaída, bem como a consideração pela medicação e tudo o que envolve a adesão da mesma, fundamental para recuperação e manutenção no processo de adaptação saúde /doença.

Será também importante destacar a importâncias dos role playing realizados em sala de aula, para treinar as entrevistas. Eles foram essenciais, para que houvesse a oportunidade para refletir, discutir e corrigir a forma como elas iam sendo desenvolvidas e assim ajudarem a melhorar a escuta ativa e ter uma atitude empática, utilizando sempre uma linguagem clara e assertiva. Esta “escuta ativa” decorreu no sentido de “promover a consciencialização das variáveis que concorrem para a comunicação terapêutica e minimizar o impacte das variáveis dificultadoras.” (Sequeira, 2014: 7).

A reflexão sobre a aquisição de competências comunicacionais é extremamente interessante, pois existe muito mais para além das palavras que são ditas. Muitos doentes refugiam-se no seu silêncio e não colaboram nas tentativas de comunicação do enfermeiro. É um desafio que exige paciência e tenacidade para saber “entrar” mundo dele pois o silêncio é sempre portador de sentido pelo que importa perceber. O enfermeiro “deve aprender a respeitar o silêncio, a tolerá-lo quando necessário e a clarificá-lo conforme o caso para melhor compreender o que ele esconde” (Phaneuf, 2005: 44).

As VD realizadas durante o estágio foram essenciais na aquisição desta competência, sempre realizadas com a companhia da Enfermeira Orientadora com o objetivo de averiguar se os utentes mantinham o cumprimento terapêutico, as idas às consultas, avaliação do estado do utente e da satisfação do autocuidado, implementação de intervenções terapêuticas em especial a relação de ajuda. Este trabalho conjunto permitiu-nos não só realizar ensinamentos sobre a doença mental, mas também entender a importância de evitar recaídas e deste modo preservar o equilíbrio na saúde do utente.

Nas visitas que foram realizadas no contexto de pós-alta, teve-se uma preocupação especial para se perceber a adaptação da pessoa após o internamento, a sua capacidade para lidar com os stressores do dia-a-dia, verificar a gestão do regime medicamentoso,

administrar medicação, avaliar o estado mental e se necessário reforçar as questões que poderão ser discutidas na primeira consulta médica após a alta.

A nossa intervenção foi sustentada numa visão sistémica dos fenómenos em estudo e dos cuidados implementados. Para o desenvolvimento desta competência foi importante ter uma visão da pessoa e família como um sistema, influenciando assim a avaliação realizada no contexto em que está inserido, na formulação dos diagnósticos de enfermagem e na escolha das intervenções a ser implementadas. Com isto conseguimos uma visão ampla, abrangente, sistémica e holística dos cuidados de enfermagem, ajudando a pessoa a adotar estratégias adaptativas para manter o seu equilíbrio (Neuman, 2011).

Incluída na segunda competência encontramos a unidade de competência F2.3 e esta indica que o EEESMP “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (OE, 2018a: 21428). Para a aquisição desta competência consideramos ter sido importante a criação do Projeto de Intervenção em Serviço pois, permitiu-nos ter contacto com todo o processo de criação, planeamento, implementação e avaliação do mesmo. Como pode ser verificado na avaliação do Projeto, existiu um contributo ao nível da promoção e proteção da saúde mental dos participantes.

“c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018a: 21427).

Olhando para a terceira competência específica do EEESMP percebe-se que está interligada com a segunda e que ambas estão relacionadas como o processo de enfermagem. Ele é “uma metodologia universal para organizar e realizar cuidados de enfermagem. É um quadro dentro do qual os enfermeiros podem organizar informações sobre os problemas dos pacientes e conceber intervenções para satisfazer as suas necessidades.” (Marin, Rodrigues, Delaney, Nilsen & Yan, 2001: 17)¹⁵.

O Processo de Enfermagem passa por diferentes fases tais como: investigação, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação das intervenções e a avaliação (Tannure & Pinheiro, 2010). Na investigação procura-se recolher e organizar os dados obtidos para seja possível formular os diagnósticos. Para Lopes (2018) nesta fase realiza-se uma avaliação diagnóstica que resulta num conjunto de declarações diagnósticas,

¹⁵ is recognized as a universal methodology to organize and perform nursing care. It is a framework within which nurses can organize information about patient problems and design interventions to meet their needs.

que devem ser expressas de acordo com linguagem classificada e os diagnósticos que daqui resultam devem ser validados com o doente.

Para utilizar essa linguagem classificada a utilização da CIPE (ICN, 2016) apresenta-se no nosso entender como a opção mais adequada pois é um instrumento complexo e abrangente que utiliza um padrão internacional que facilita a recolha e análise de dados de enfermagem e simplifica a comunicação entre os enfermeiros. Os dados e a informação resultantes podem ser empregados no planeamento e gestão dos cuidados (ICN, 2009).

Após o levantamento dos diagnósticos é realizado o planeamento das intervenções a serem implementadas tendo em vista os resultados esperados e o plano de cuidados realizado deverá ser personalizado e validado com o doente. Lopes (2018: 252)¹⁶ indica que “esta validação tem uma dimensão terapêutica de si mesma, pois ajuda no processo de conscientização e afirmando problemas, um passo crucial para começar a resolvê-los; contribui para a consolidação da confiança”.

No decorrer dos estágios, ocorreram diversos e distintos contextos para a formulação de diagnósticos de enfermagem, que incluíram a pessoa no seu domicílio, situações de crise ou até no contexto dos CSP, em consequência das deslocações regulares aos mesmos. Fruto do Projeto criado, este trabalho também abrangeu os cuidadores o que reforçou a visão multidimensional e sistémica, onde os diagnósticos de enfermagem foram identificados a partir das dificuldades do sistema familiar em manter o equilíbrio devido ao processo de doença de um dos elementos da família.

Foi assim possível dar resposta às necessidades de familiares e utentes com doença mental, identificando os problemas e as necessidades específicas da pessoa, não só no âmbito da saúde mental, mas também outros problemas de saúde relacionados.

Na EC onde os estágios decorreram, o enfermeiro tem um papel de terapeuta de referência, assumindo por vezes a metodologia de gestão de caso, garantindo a continuidade de cuidados, implementando estratégias individualizadas para que o utente possa desenvolver conhecimentos e estratégias adaptativas para melhor gerir o seu problema. Foi assim possível identificar diagnósticos passíveis de intervenção e foram desenvolvidas intervenções e avaliados os resultados, existindo um acompanhamento regular dos doentes no seu ambiente (domicílio) para se necessário ajustar as estratégias escolhidas.

A gestão de caso apresenta-se como um aspeto importante nesta competência como podemos ver na unidade de competência F3.5 onde o EESMP “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo

¹⁶ this validation has a therapeutic dimension of itself in that it helps in the process of raising awareness and stating problems, a crucial step for beginning to solve them; it contributes to the consolidation of trust

de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (OE, 2018a: 21429).

“A gestão de caso efetivada por enfermeiros resulta numa valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, e numa profunda compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promotoras do seu autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde.” (Almeida & Amendoeira, 2015: 340).

No Estágio I foi realizado o estudo de caso de um utente acompanhado durante esse período e revelou-se ser importante para o aprofundamento do conhecimento sobre esta metodologia e foi extremamente útil para o planeamento dos cuidados no estágio final.

Quanto aos registos dos planos de cuidados dos utentes acompanhados foram documentados na plataforma informática SClinico em vigor no DPSM pelo que a informação estará sempre disponível e será facilmente partilhada com a equipa de enfermagem e outros grupos profissionais.

Consideramos esta competência obtida com sucesso pois, foram desenvolvidas competências que permitiram ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida a recuperar a saúde mental. Foram analisadas e identificadas várias perturbações mentais e comportamentos derivados de quadros agudos e crónicos. Foram também desenvolvidas competências na monitorização e administração de terapêutica, considerando que a adesão terapêutica da pessoa com perturbações mental é fundamental e é um dos maiores desafios para a equipa de enfermagem.

“d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018a: 21427).

Por fim a última competência indica que do EEESMP espera-se que consiga mobilizar

“cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.” (OE, 2018a: 21430).

O maior contributo para a aquisição desta competência está relacionado com a construção do Projeto de Intervenção em Serviço **Consigo Saúde Mental** que foi dirigido à família e doentes que tiveram o seu primeiro internamento com sintomatologia psicótica. O Projeto procurou dar uma resposta a um problema da área da saúde mental que foi identificado e verificou-se que no serviço onde ocorreu o estágio não existia nada estruturado e organizado para dar resposta à necessidade identificada.

Com a criação do Projeto feita a partir da identificação de uma problemática, realizamos o planeamento de intervenções e resultados esperados e sempre que possível negociado com os utentes. Implementamos intervenções baseadas em evidência científica, promovendo o envolvimento da família nos cuidados, prestando educação sobre os sinais e sintomas, tratamento, resolução de problemas e estratégias de coping. Com isto o Projeto teve um importante contributo para a promoção e proteção da saúde mental.

A psicoeducação, como uma forma particular de educação, pode ser aplicada para ajudar pessoas com doença mental ou pessoas significativas na compreensão de uma forma clara e precisa, factos sobre a doença mental. Pode também ser usada para ensinar ou desenvolver compreensão sobre estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos (OE, 2011).

A realização RIL teve um papel muito importante para o desenvolvimento do Projeto pois auxiliou o planeamento do programa psicoeducativo e com resultados da mesma conseguiu-se contruir evidência científica sobre os benefícios da intervenção psicoeducativa não só nos cuidadores, mas também nos doentes que tiveram um episódio psicótico. Isto torna-se relevante pois verificamos que a psicoeducação diminui a sobrecarga percecionada, as emoções expressas e contribui para a melhoria da sua capacidade para resolver problemas e de comunicar. Para os doentes a psicoeducação traz contributos uma melhor adesão à terapêutica, mais integração social e melhor qualidade de vida. Com grande satisfação podemos afirmar que a avaliação do Projeto veio corroborar as evidências encontradas na RIL.

Para além do que já foi dito o programa implementado foi basilar para compreender a importância de capacitar, informar, educar os cuidadores como elementos chave para serem parceiros dos cuidados ao familiar doente, na garantia da continuidade dos cuidados e na deteção precoce de sinais de alerta da crise. Isto vem reforçar a pertinência da abordagem a estas famílias como um sistema dinâmico que procura satisfazer as suas necessidades para o equilíbrio.

Apesar de já ter sido realizada a descrição pormenorizada do Projeto anteriormente, consideramos importante reforçar a riqueza das sessões realizadas e que as várias intervenções implementadas ao doente e família tiveram o seu ritmo próprio. Apesar de o programa estar planeado e estruturado de uma determinada maneira, foram realizadas durante as sessões alguns ajustes para dar resposta necessidades evidenciadas no momento.

Foi importante intervir nestas famílias percebendo que cada pessoa tem o seu próprio ritmo e que podem levar tempo para compreender as informações transmitidas e adquirir as competências necessárias. Os progressos realizados foram encorajados e reforçados pois, irá estimular a pessoa a continuar o seu percurso (CNSM, 2008b).

Felizmente os estágios providenciaram inúmeras experiências para além do Projeto implementado, as VD aos utentes, as intervenções realizadas nos CSP e instituições da comunidade, as consultas de Enfermagem realizadas na instituição em particular as de Gerontopsiquiatria e Hospital de Dia, que foram cruciais para o desenvolvimento de outras unidades de competência tais como a F4.2 e F4.3.

Nestas duas unidades de competência estão subjacentes os conceitos intervenção psicoterapêutica e a reabilitação psicossocial. O processo psicoterapêutico assenta na relação com o doente e esta tem um potencial terapêutico. Ela

“é conceituada como uma estratégia de intervenção autónoma, ou seja, uma relação terapêutica. Neste contexto, e como resultado do julgamento clínico do enfermeiro, isto significa que, dado o estado de saúde da pessoa, a relação é um instrumento terapêutico em si mesma.” (Lopes, 2018: 248)¹⁷.

O College of Nurses of Ontário (2019) indica que existem cinco componentes nesta relação terapêutica: Confiança; Respeito; Intimidade profissional; Empatia e Poder. A estes componentes Lopes (2018) adiciona o Cuidar e a Aliança Terapêutica.

Esta aliança terapêutica exige do enfermeiro uma comunicação empática, colocando questões ao utente para validar sentimentos e definindo objetivos em cooperação com ele (Lopes, 2018). O enfermeiro deve também deter capacidade de abertura, bom conhecimento de si, saber-fazer e saber-estar em que estas duas últimas características são essenciais em contexto psicoterapêutico (Chalifour, 2008).

Nos estágios, a implementação de relações psicoterapêuticas aos doentes e famílias teve a sua maior expressão através da relação de ajuda. Chalifour (2008) apresenta-nos o Modelo de Relação de Ajuda Profissional onde a relação é definida como uma

“interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (Chalifour 2008:33).

Na relação de ajuda pretende-se criar as melhores condições possíveis para auxiliar a pessoa a enfrentar as dificuldades com que se depara, sendo que estas derivam do pressuposto que a pessoa é um sistema aberto com um modo singular de interagir com o seu ambiente. Este processo permitirá um aumento da auto-consciencialização e conseguir aceder aos seus recursos pessoais que irão permitir à pessoa enfrentar as dificuldades, responder às suas necessidades e desenvolver-se (Chalifour, 2008).

¹⁷ the relationship is conceptualised as an autonomous intervention strategy, i.e. a *therapeutic relationship*. Against this background, and as a result of the clinical judgement of the nurse, this means that, given the state of health of the person, the relationship is a therapeutic instrument in and of itself.

O mesmo autor refere que na relação de ajuda profissional existe uma evolução da relação entre o enfermeiro e a pessoa, identificando a existência de três fases que são: fase de orientação da relação, fase de trabalho ou de emergência das identidades e fase de conclusão da relação.

Consideramos que a relação de ajuda implementada aos doentes nos estágios assentou na confiança, foi incentivada a livre expressão de sentimentos do próprio em relação a si e aos que o rodeiam. Analisando as inúmeras experiências vividas, achamos que este processo de demonstração de sentimentos por parte do utente foi essencial para ajudar a compreender os problemas e contribuiu para uma discussão de estratégias adaptativas mais profícua e assente na cooperação.

Sentimos que a relação de ajuda promoveu um crescimento recíproco, tal como podemos encontrar na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1988) em que o enfermeiro ajuda a pessoa nas mudanças que vão suscitar influências positivas na sua vida, esse processo interpessoal dinâmico, promove um crescimento e desenvolvimento pessoal, não só na pessoa que recebe ajuda, mas também no enfermeiro.

Na última unidade de competência (F4.3) a reabilitação psicossocial “é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade.” (OMS, 2002 *as cited in* OE, 2011: 16).

Para adquirir esta competência foram importantes as reuniões semanais com a equipa e as reuniões realizadas com os CSP e instituições da comunidade com vista a discussão de estratégias para promoção da autonomia, redução do estigma e discriminação. Foi importante realizar intervenções junto dos doentes e família para fomentar estratégias de coping e promoção da sua autonomia para que pudessem tomar decisões sobre os seus projetos. Assim fica reforçada a importância que o EEESMP poderá ter para a reabilitação psicossocial onde, pode promover a participação do doente/família melhorando o seu processo de Recovery.

4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Após a análise e reflexão sobre a aquisição das competências do EE e do EEESMP segue-se a também importante análise das competências de Mestre em ESMP que foram adquiridas. Ela será realizada tendo como base o trabalho desenvolvido não só nos estágios,

mas também desenvolvido nas UC do Mestrado. Pretendemos demonstrar que em complementaridade das competências anteriormente analisadas conseguimos adquirir as competências de Mestre.

Recorremos ao Decreto-Lei nº 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2018) onde foi realizada a revisão do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Este documento indica que para conseguir-se ter o grau de mestre é necessário

“a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”(PCM, 2018: 4162).

Na análise da primeira competência descrita no Decreto-Lei nº 65/2018 (PCM, 2018), conseguimos perceber que para a aquisição do grau de Mestre, o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos aplicado em contexto de investigação são essenciais. O desenvolvimento dos nossos conhecimentos deve-se em grande parte ao contributo das UC incluídas neste Mestrado. Os conteúdos que foram ministrados nas diferentes UC abrangeram variados temas em diferentes áreas da ciência que ofereceram inúmeros conteúdos teóricos e teórico-práticos, essenciais para a nossa capacitação para prestar cuidados diferenciados e de qualidade. Indicamos alguns exemplos tais como o contributo das UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem para a tomada de decisão e compreensão da deontologia da nossa profissão, da UC Gestão em Saúde e Governação Clínica com os conhecimentos aprendidos na área gestão e nas políticas de saúde que norteiam a nossa prática. As UC de ESMP forneceram conhecimentos e ferramentas que foram a base dos cuidados prestados. Também as UC Relação de Ajuda e Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica foram essenciais com contributo de técnicas comunicacionais, a entrevista e avaliação diagnóstica para que assim, tivéssemos ferramentas para implementar relações terapêuticas. Por fim devemos fazer referência à importância que a UC Investigação teve para a realização da RIL.

Assim, os estágios realizados no DPSM da ULSBA foram a oportunidade para que todos os conhecimentos apreendidos durante a componente letiva do Mestrado pudessem ser mobilizados, suportando a aquisição das competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e igualmente a competência de Mestre agora em análise.

Este período foi essencial para que pudéssemos sustentar e cimentar os conhecimentos teórico apreendidos nas UC e aplica-los na nossa prática clínica. Benner (2001: 32) indica-nos que “O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre teoria”.

Foi necessário grande dedicação e estudo contínuo para a constante adequação dos cuidados praticados às situações de enorme complexidade com que fomos desafiados. Esta constante atualização e adaptação deve-se à constante busca pela excelência nos cuidados que sempre procuramos e que vai em linha com o que é defendido na deontologia da profissão (OE, 2015b) onde no artigo 88º alínea c) indica que o enfermeiro o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e usar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015b: 91).

Como resultado afirmamos que este processo levou a um grande desenvolvimento dos nossos conhecimentos, mas acima de tudo trouxe um acréscimo de competências para realizar investigação. Por outro lado, veio fomentar curiosidade e desmitificar ideias erróneas sobre o processo de investigação. Isto tornou-se importante pois conseguiu despertar “o gosto pela curiosidade intelectual que, a pouco e pouco, irá alimentar um saber estruturado, mas não dogmático, baseado no encontro e no acompanhamento da pessoa detentora de uma existência singular, complexa e rica de ensinamentos.” (Hesbeen, 2001: 65).

A investigação permite resolver problemas ligados a fenómenos reais, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e permite encontrar respostas para questões que carecem de investigação. Ela, permite descrever, explicar e prever factos e fenómenos (Fortin, 2003). Mais uma vez é importante indicar a importância que a RIL teve para a aquisição desta competência pois, permitiu que através da pesquisa científica organizada e sistematizada responder à questão que despoletou a investigação e os seus resultados contribuíram para a construção do Projeto que contribuiu para proteção e promoção de saúde mental.

Quando é feita a leitura da segunda e terceira competências de Mestre incluídas no Decreto-Lei nº 65/2018 (PCM, 2018), conseguimos realizar um paralelismo entre elas e perceber que ambas apresentam vários aspetos em que convergem. Assim decidimos realizar uma análise em conjuntos destas competências.

Durante os estágios fomos-nos deparando com situações novas e complexas que surgiram nos diferentes contextos por onde passamos durante os estágios e representavam problemas que necessitavam de ser resolvidos. Isto exigiu que tivéssemos de desenvolver a nossa capacidade de compreensão e aplicar os conhecimentos que fomos adquirindo.

Para além de desenvolvermos uma maior capacidade na compreensão dos problemas, tivemos que utilizar esses mesmos conhecimentos para o desenvolvimento do nosso juízo crítico, que sustentou as nossas decisões e levou a uma prestação de cuidados de qualidade e diferenciada, correspondendo às necessidades dos utentes.

As diferentes situações com que nos deparamos exigiu a mobilização de distintos conhecimentos pois apresentavam necessidade dispare. Isto foi essencial para o desenvolvimento do nosso juízo e da capacidade de prestar cuidados adequados perante novos desafios, sempre sustentados na ética e deontologia da profissão. Este juízo que apresenta uma enorme complexidade foi a base para a nossa tomada de decisão perante as situações e citando Nunes (2017: 174) “Podemos pensar a decisão de um modo ético, como etapa final de um processo, em que a deliberação assume maior relevo, ponto de chegada sempre que se atravessaram as perspetivas dos valores e se produz um juízo para agir”.

Das situações mais complexas com que nos deparamos, o doente com tratamento compulsivo apresenta-se como uma das mais controversas e difíceis de gerir. São doentes vulneráveis que normalmente não reconhecem a sua doença, aos quais temos que por vezes realizar intervenções contra a sua vontade. Isto representa um enorme desafio que levanta várias questões éticas e é essencial garantir que o doente mais vulnerável devido à doença veja respeitados os seus direitos, a sua dignidade e a liberdade na implementação do tratamento (O’Hagan, 2012).

Foram situações que necessitaram de estudo profundo desde a consulta à Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98 publicada em Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 24 julho de 1998, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO e do Código Deontológico da nossa Profissão. Foi também extremamente importante o trabalho realizado na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem sobre o tema “Tratamento Compulsivo em Saúde Mental e Psiquiatria”, que nos forneceu várias perspetivas sobre o assunto e sustentou o nosso juízo clínico e a nossa intervenção.

O desenvolvimento da capacidade para aplicar conhecimentos e desenvolver soluções em situações complexas, foi muitas vezes realizado em articulação com outros profissionais. Devido à natureza dessas mesmas situações foi importante o trabalho da equipa multidisciplinar e para isso as reuniões da equipa foram essenciais, na discussão dos planos terapêuticos, na formulação de diagnósticos e nas propostas de intervenções a serem implementadas. Em suma, todos os comportamentos descritos contribuíram para a aquisição das competências de Mestre em análise.

Quanto à quarta competência incluída no Decreto-Lei nº 65/2018 (PCM, 2018), ela está ligada à capacidade de comunicação que é esperada de alguém com o grau de Mestre.

Citando Coelho (2015:59) “A comunicação no domínio da saúde é da maior importância na formação, pesquisa e intervenção, o que exige o desenvolvimento de competências, especificamente competências comunicacionais”. A comunicação na saúde deve utilizar “processos e estratégias de comunicação com o objetivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos e das comunidades”. (Ramos, 2012: 3).

Para o desenvolvimento desta competência foi importante tudo o que foi sendo construído nas UC, que utilizaram apresentações orais como método de avaliação. Temos consciência que já realizamos um enorme progresso nesta área e que como é uma construção contínua, iremos continuar a melhorar. Foram também importantes as apresentações realizadas durante o estágio final aos colegas não especialistas dos CSP de Moura e Vidigueira e a apresentação do Projeto aos colegas especialistas do DPSM.

Neste processo foi necessário um grande investimento pessoal para o desenvolvimento da competência comunicacional para que nestes momentos conseguíssemos transmitir de forma clara os nossos conhecimentos, o nosso raciocínio e as informações sobre determinada temática. Pelo feedback que fomos recebendo ao longo das apresentações realizadas percebemos que o caminho para a aquisição desta competência foi positivo.

A última competência implicitamente obriga-nos a uma reflexão sobre o desenvolvimento verificado durante o Mestrado, mas também qual o percurso profissional que tivemos até ao momento.

Este curso foi uma grande oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, contribuiu para aumentar conhecimentos, novas competências e a vontade de continuar a apostar na formação para um contínuo desenvolvimento profissional. Durante o Mestrado incutimos uma constante necessidade de aumentar e aprofundar os nossos saberes e conhecimentos que foram colocados em prática durante os estágios, prestando cuidados de enfermagem especializados e de qualidade, no intuito de alcançar a excelência.

Foi um processo com inúmeras experiências e aprendizagens que contribuiu para a aquisição de competências comuns de EE, competências de EESMP e também competências de Mestre. Isto potenciou a nossa capacidade de reflexão sobre a prática, um desenvolvimento de aptidões, competências e do pensamento crítico. Melhorou também o nosso processo de tomada de decisão sustentada nos conhecimentos e na deontologia da profissão. Para além do desenvolvimento profissional a análise e reflexão sobre a nossa prática clínica aumentou o nosso autoconhecimento.

Para finalizar a análise da aquisição das competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP, conseguimos afirmar que estas foram atingidas com

sucesso e que tudo o que foi descrito demonstra uma conduta assente em valores éticos, com uma constante busca pelo conhecimento científico e que pertence atingir a excelência do exercício.

CONCLUSÃO

Consideramos que seria pertinente começar este capítulo salientando a importância da Enfermeira Orientadora, dos colegas e técnicos do DPSM que foram significativos neste caminho percorrido e a partilha das suas experiências enriqueceu e estimulou o nosso desenvolvimento nos estágios realizados.

Na primeira parte deste Relatório foi realizado um enquadramento conceptual para que fosse possível uma descrição detalhada dos conceitos, com um encadeamento lógico do conhecimento científico existente para que o fenómeno em estudo fosse facilmente compreensível. Consideramos que a forma como os temas foram trabalhados nesta primeira parte, contextualizaram a temática central deste Relatório: A VD do EEESMP à família e utente que teve o primeiro internamento com sintomatologia psicótica.

Conseguimos perceber que é importante o envolvimento do doente e família nos cuidados, no entanto sabemos que doentes com sintomas psicóticos que regressam ao seu contexto familiar após o internamento, representam um enorme desafio para os cuidadores. Tanto o doente como os cuidadores estão numa situação de fragilidade e podem ter dificuldade em adaptar-se a esta situação.

Assim, a VD do EEESMP para além de facilitar a acessibilidade aos cuidados de saúde e trazer menores custos, promove a integração social, permite ver a pessoa no seu contexto, conseguindo assim uma maior compreensão do funcionamento da família e promove uma melhor aceitação dos cuidados.

No enquadramento foi também importante descrever e analisar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A sua abordagem holística e sistémica da pessoa/família e a compreensão da influência dos elementos stressores no equilíbrio do sistema ajudaram a compreender o fenómeno em estudo e auxiliaram a construção do Projeto de Intervenção em Serviço **Consigo Saúde Mental**.

Durante o estágio final implementamos este Projeto recorrendo à Metodologia de Projeto, passamos pelas diferentes fases, descrevendo pormenorizadamente as intervenções realizadas e efetuamos a identificação da problemática que foi complementada com a realização da RIL. Esta procurou perceber quais os benefícios da intervenção psicoeducativa implementada pelo enfermeiro à família e doente com primeiro episódio psicótico. Foi assim possível recolher evidência científica que demonstrou existir benefícios da intervenção

psicoeducativa para o doente e cuidadores e esta, sustentou a nossa tomada de decisão e intervenção. No entanto, foi possível verificar que existe pouca evidência sobre a temática, em especial a intervenção psicoeducativa realizada pelo enfermeiro. Apesar desta escassa evidência poder ser vista como uma fragilidade, mostra também que o tema apresenta uma oportunidade para novas investigações.

No entanto, perante os achados que indicam existir vários benefícios da intervenção psicoeducativa e perante a ausência de um programa estruturado para doentes e cuidadores no serviço, foi planeado o programa psicoeducativo com seis sessões no domicílio dos utentes e foi buscar a sua inspiração no Modelo de Falloon que nos apresenta a TFC. Ela, trabalha com a família em conjunto, auxiliando os cuidadores e doente a melhorar a expressão das emoções e a resolver problemas. Pretende também capacitá-los para uma melhor adaptação às adversidades (stressores). Todas as intervenções implementadas no decorrer do Projeto foram executadas tendo por base os diagnósticos de enfermagem resultantes das necessidades identificadas.

Com o decorrer do Projeto tornou-se evidente que o EEESMP tem as competências necessárias para implementar intervenções psicoeducativas e a intervenção implementada por este profissional apresenta um enorme potencial que vai muito além da psicoeducação. Isto é justificado pelas competências do EEESMP, que para além das psicoeducacionais, ele consegue mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas e psicossociais para responder às necessidades da pessoa. O EEESMP tem uma abordagem holística da pessoa que é única. Durante o processo de implementação do Projeto fomos confrontados com situações complexas em que foi necessário mobilizar técnicas psicoterapêuticas tais como as cognitivo-comportamentais, motivacionais, resolução de problemas e a relação de ajuda.

Tudo o que foi supracitado está sustentado no Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018.

Apesar do tempo de estágio provocar algumas limitações no Projeto foi possível realizar uma avaliação do impacto que as intervenções tiveram. Assim, foram aplicados dois instrumentos de avaliação. A escala de Zarit aos cuidadores (aplicada no início e fim do projeto) e um Questionário de Satisfação aos Doentes. Com os dados obtidos, podemos afirmar, que o Projeto trouxe contributos para a diminuição da sobrecarga percebida pelos cuidadores e ajudou os doentes na compreensão da doença, dos sintomas e na adesão à medicação. Os dados obtidos neste projeto estão em linha com a evidência científica encontrada na RIL.

Com o final do Projeto foi feito um esforço para que existisse uma continuidade e os participantes não ficassem desprotegidos. Foi assegurado que eles iriam ter sessões de

Follow-up por parte da Enfermeira Orientadora e que posteriormente seria realizada nova avaliação para verificar se existiram mudanças efetivas.

A elaboração deste Relatório foi importante pois promoveu a reflexão crítica sobre os inúmeros momentos de aprendizagem, as atividades desenvolvidas nos estágios que contribuíram para a aquisição das competências comuns do EE, do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP.

Quanto aos objetivos definidos para este Relatório, consideramos que foram totalmente atingidos pois, conseguimos relatar aprofundadamente todo trabalho desenvolvido no âmbito da VD do EEESMP à família e doente após o primeiro internamento por sintomatologia psicótica; analisamos a importância da intervenção psicoeducativa implementada à família e doente após o primeiro internamento por sintomatologia psicótica e realizámos a descrição detalhada e de forma crítico-reflexiva as competências adquiridas e desenvolvidas durante o Mestrado, em especial nos estágios realizados.

Apesar de conseguirmos atingir os objetivos, durante este percurso existiram fatores que facilitam e dificultaram o processo. Como fatores facilitadores é importante realçar a orientação, apoio e feedback fornecido pela Docente e a Enfermeira Orientadora e outros enfermeiros do DPSM, que foram essenciais para nosso desenvolvimento. Outro fator facilitador está relacionado com o facto de durante o estágio final conseguirmos implementar o Projeto, que para além de ser um importante instrumento para o desenvolvimento das nossas competências possibilitou o enriquecimento deste Relatório. Quanto aos fatores dificultadores estão relacionados com a reduzida evidência disponível sobre a temática, e o número reduzido de participantes no Projeto que faz com os resultados obtidos não sejam estatisticamente significativos. Outro aspeto dificultador foi o facto de não ter sido possível aplicar a escala BPRS aos doentes e ter sido utilizado um questionário de satisfação que embora tenha apresentado resultados interessantes é meramente indicativo.

Por fim, consideramos que todo este percurso relatado representou um dos maiores desafios vivenciados não só a nível profissional, mas também pessoal. Foi um caminho cheio de experiências bastante significativas, que promoveram um maior autoconhecimento e possibilitaram aumentar o nosso conhecimento e adquirir competências que vão marcar a nossa prática clínica. É com um genuíno sentimento de realização e satisfação que compreendemos o contributo que o Mestrado nesta área da Enfermagem, trouxe para o nosso crescimento pessoal e profissional. Acreditamos que o percurso narrado neste Relatório é a base para conseguirmos a obtenção título de EEESMP e o grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª edição). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Albuquerque, E., Cintra, A. & Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *J Bras Psiquiatria*. 59(4), 308-316. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/07.pdf>
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In Tomey, A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição) (pp. 3-13). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Almeida, R., Marques, A. & Queirós, C. (2014). *weCOPE: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSIPP. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=115743
- Almeida, S. & Amendoeira, J. (2015). *O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica*. Santarém, Portugal: Instituto Politécnico de Santarém. Disponível em: <https://docplayer.com.br/44698188-O-enfermeiro-gestor-de-caso-no-empowerment-da-pessoa-com-doenca-mental-cronica-susana-almeida-1-jose-amendoeira-2.html>
- Alves, J., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*. III série (7), 33-42. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1199>
- Amador, X., Strauss, D., Yale, S., Flaum, M., Endicott, J. & Gorman, J. (1993). Assessment of Insight in Psychosis. *Am J Psychiatry*. 150(6), 873-879. doi: 10.1176/ajp.150.6.873
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, DSM-5* (5ª edição). American Psychiatric Association. Porto

Alegre, Brasil: Artmed.

- Amestoy, S. (2008). *Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem* (Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/2976>
- Ascensão, B. (2019). *Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com as Famílias da Pessoa com Psicose* (Relatório de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29454>
- Asher, L., Fekadu, A. & Hanlon, C. (2018). Global mental health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 31:193–9. doi:10.1097/YCO.0000000000000404
- Assembleia da República [AR]. (1998). Lei nº 36/ 1998 de 24 de julho. Lei de Saúde Mental. *Diário da República*, Série I-A, nº 169, 3544 – 3550.
- Assembleia da República [AR]. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro 2015. *Diário da República*, Série I, n.º 181/2015, 8059 – 8105.
- Authier, J. (1977). The Psychoeducation Model: Definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 12(1), 15-22. Disponível em: <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60143/45506>
- Bandeira, M., & Silva, M. (2012). Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*. 61(3),124-132. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000300002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Barker, P. (2009). The Craft of Interviewing. In Barker, P. (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring* (2ª edição) (pp. 85-94). Londres, United Kingdom: Hodder Arnold.
- Basco, M., Rush, A. (2005), *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder* (2ª edição). New York, United States of America: The Guilford Press.
- Batista, M. (2007). *Planejamento Social – intencionalidade e instrumentação* (2ª edição). São Paulo, Brasil: Veras Editora.

- Botelho, L., Cunha, C., Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade*. 5 (11), 121-136. doi: <https://doi.Org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Broome, M. (2000). Integrative Literature Reviews of the Development of Concepts. In Rodgers, B., Knafl, K. *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications* (2ª edição) (pp. 231-250). Philadelphia, United States of America: Saunders.
- Caldas de Almeida, J., Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Caníço, H. (2014). *Os Novos Tipos de Família e Novo Método de Avaliação em Saúde da Pessoa – Apgar Saudável* (Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/25995>
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J. & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11, 145–51. doi: 10.2147/NDT.S51331
- Cardoso, A. (2008). O Insight em Psiquiatria. *Fractal: Revista de Psicologia*. 20(2), 347-356. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922008000200003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Carvalho, J. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (8), 52-57. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf>
- Carvalho, J. (2015). A família e as pessoas com experiência de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 14, 6-8. doi:10.19131/rpesm.0099
- Carvalho, P. (2016). Andar a par: saúde mental, psiquiatria e cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*. 5(32), 300-302. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11884>
- Carvalho, J. (2018), *A Desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal: Reinserção Social do Doente Mental na Região de Lafões do Distrito de Viseu* (Dissertação de Mestrado

- em Antropologia). Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/86241>
- Casaleiro, T., Seabra, P. & Caldeira, S. (2017). Eficácia das Intervenções de Enfermagem na Sobrecarga da Família da Pessoa com Esquizofrenia: Revisão de Literatura. *CuidarteEnfermagem*. 11(2), 287-292. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32958>
- Chadda, R. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*. 56, 221–227. doi: 10.4103/0019-5545.140616
- Chalifour J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda*, 1º Volume. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*, 2º Volume. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Chan, S. (2011) Global perspective of burden of family caregivers for person with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 25(5), 339–349. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941711000422>
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros* (Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- College of Nurses of Ontario [CNO]. (2019). Therapeutic nurse-client relationship, Revised 2006. Toronto, Canada: College of Nurses of Ontario. Disponível em: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSM]. (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Ação 2007-2016*. Disponível em: <http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2018/05/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-dos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-Mental-em-Portugal-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-2007-2016.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2008a). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2008b). *Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*. CIR – Cuidados Integrados e Recuperação. Manual de trabalho, versão 1.2, Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Corpas, F. & Loyola, C. (2005). Transferência e contratransferência na enfermagem Psiquiátrica. *REME – Rev. Min. Enf.* 9(4), 378-382. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/488>
- Costa, M. (2014). *Dicionário de Termos Médicos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Del-Ben, C., Rufino, A., Azevedo-Marques, J., Menezes, P. (2010). Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32 (2), 78-86. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600004&script=sci_abstract&lng=pt
- Dias, M. (2011). Um Olhar Sobre a Família aa Perspetiva Sistémica. O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 19, 139-156. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9176>
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2ª edição). Melbourne, Australia: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Disponível em: <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Guidelines/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis>
- Falloon, H., Laporta, M., Fadden, G. & Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families*. London, United Kingdom: Routledge.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição). (pp.653-663). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Fernandes, N. (2016). *As Vivências da Família e da Pessoa portadora de Esquizofrenia: Contributos para o desempenho do Enfermeiro de Família* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar). Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/17201>
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 15, 1(37). Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*. Edição Especial, 183-186. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A., Alligood, M. *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição) (pp. 335-376). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Gamba, M. (1998). Cuidado de Enfermagem: Uma Prática de Saúde Coletiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 11, 64-66. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/cuidado-de-enfermagem-uma-pratica-de-saude-coletiva/>
- Gaspar, E. (2011). *Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário* (Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Sintra, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8894>

- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(3), 549-56. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Bioética para clínicos. Medicina Clínica*. 117, 18-23. doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia* (6ª edição). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, R. (2014). *Psicoeducação unifamiliar em famílias de pessoas com doença mental grave* (Relatório do Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/7617>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B. & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia – Dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 19, 1-8. Disponível em: <https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/430877/001-008.pdf>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier M. & Fadden G. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos. *Análise Psicológica*. 2 (XXV): 241-255. doi: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf>
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress - emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Gupta, S. & Goldstein, M. (1999). Psychiatric Consultation to Nursing Homes. *Psychiatric Services*. 50(12), 1547-1550. doi: <https://doi.org/10.1176/ps.50.12.1547>
- Gusmão, R., Talina, M., Xavier, M. & Caldas de Almeida, M. (1996). *Brief psychiatric rating scale (BPRS). Versão Ampliada Portuguesa (4.0)*. Escala, Pontos de Ancoragem e Manual de Administração adaptados. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/199319838/Versao-definitiva-BPRS-4-0>
- Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L., Marosszeky, N. & Sansoni, E. (2014). Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *Journal of*

Clinical Epidemiology. 67, 527-537. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24698296/>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Internacional Council of Nurses [ICN]. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Internacional Council of Nurses [ICN]. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Isaacs, A. (1998). *Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica* (2ª edição). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan S.A.

Jablensky, A., Mcgrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M. & Harvey, C. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34 (2), 221- 236. doi:
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00728.x>

Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais: Guia prático para a Mudança Positiva*. Porto, Portugal: Edições Asa.

Joanna Brigs Institute, [JBI]. (2014). *Joanna Brigs Institute Reviewers' Manual 2014 edition*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em:
<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>

Joanna Briggs Institute, [JBI]. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. The Joanna Briggs Institute*. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Kaplan, H. & Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria* (9ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Kapse, P. & Kiran, M. (2018). Brief psycho-education for caregivers of persons with first episode psychosis. *Indian Journal of Positive Psychology*. 9(1), 44-48. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/324513342_Brief_pscho-education_for_caregivers_of_persons_with_first_episode_psychosis

Keen, T. & Barker, P. (2009). The person with a diagnosis of schizophrenia. in Barker, P. (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring* (2ª Edição) (pp. 213-229). Londres, Reino Unido: Hodder Arnold.

- Knapp, M., Mangalore, R. & Simon, J. (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 30 (2), 279–293. Disponível em: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/2/279/1857154>
- Kuipers, E., Onwumere, J. & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 196(4), 259–265. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070466>
- Kumar, G., Sood, M., Verma, R., Mahapatra, A. & Chadda, R. (2019). Family caregivers' needs of young patients with first episode psychosis: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*. 65(5), 435–442. doi: 10.1177/0020764019852650
- Labate, R., Galera, S. & Avanci, R. (2004). Visita Domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Rev Bras Enferm*. 57(5), 627-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500024>
- Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde. *Temas em Psicologia*. 25 (1), 17-28. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lopes, M. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. in Santos, J., Cutcliffe, J. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais - Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 9, 41-47. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>
- Lowenstein, J., Butler, D. & Ashcroft, K. (2010). The efficacy of a cognitively orientated carers group in an early intervention in psychosis service: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17 (7), 628–635. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01564.x
- Lykert, R. (1932). *A Technique for the Measurement of Attitudes*. Archives in Psychology, 140. New York, United States of America: The Science Press.
- Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nilsen, G. & Yan, J. (2001). *Building standard-based nursing information systems*. Washington, United States of America: Pan American Health Organization. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BuildingStandardBasedNursingInformationSystems.pdf>

- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family Psychoeducation and Schizophrenia: A Review of The Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. 29(2), 223-245. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
- McGorry, P. & Jackson. H. (1999). *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Mechanic, D. & McAlpine, D. (2000). Use of Nursing Homes in the Care of Persons with Severe Mental Illness: 1985 to 1995. *Psychiatric Services*. 51(3), 351-358. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12629750_Use_of_Nursing_Homes_in_the_Care_of_Persons_With_Severe_Mental_Illness_1985_to_1995
- Melo-Dias, C. & Silva, C. (2015). Sobre a Vulnerabilidade... *Psicologia, Saúde & Doenças*. 16(3), 411-420. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160311>
- Mendes, G. (2009). A Dimensão Ética do Agir e as Questões da Qualidade Colocadas Face aos Cuidados de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 18(1), 165-169. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>
- Mendes, K., Silveira, R. & Glavão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 183/2008 de 04 de setembro de 2008. *Diário da República* n.º 171/2008, Série I, 6225 – 6233.
- Ministério da Saúde. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Despacho n.º 5613/2015, nº102 de 27 de maio de 2015. *Diário da República*, 2.ª série, 13550 – 13553.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2010). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª edição). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J. *The Neuman Systems Model* (5ª edição) (pp. 3-33). Boston, United States of America: Pearson.
- Neto, M. (2000). Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22(1),45-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500015>
- Nogueira, N. (2005). *Pedagogia dos Projetos. Etapas, papéis e atores*. São Paulo, Brasil: Editora Erica.

- Nunes, L. (2016). Os Limites do Agir Ético no dia-a-dia do Enfermeiro. *Ética em Enfermagem. Revista Servir.* 59(2), 7-17. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20e%20nfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2019). *Saúde um Direito Humano. Relatório da Primavera 2019*. OPSS. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019/>
- O'Hagan, M. (2012, janeiro). Legal coercion: the elephant in the recovery room. *In scottishrecovery*. Disponível em: <https://www.scottishrecovery.net/resource/legal-coercion-the-elephant-in-the-recovery-room/>
- Öksüz, E., Karaca, S., Özaltın, G. & Alpay Ates, M. (2017). The Effects of Psychoeducation on the Expressed Emotion and Family Functioning of the Family Members in First-Episode Schizophrenia. *Community Mental Health J.* 53:464-473. doi: 10.1007/s10597-017-0086-y
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007). Parecer nº 136/2007. *Proposta de Enunciado de Posição do Conselho Jurisdicional sobre Delegação*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Parecer nº 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sobre Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompetenciasRealizacaoExameEstadoMental.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Regulamento nº 515/2018 de 07 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª Série, nº 151, 21427-21430.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em *Diário da República* nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009) *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Versão portuguesa. Lisboa. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [UNESCO]. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Comissão Nacional da UNESCO; Portugal: UNESCO. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Organization for Economic Co-operation and Development/European Union [OECD/UE], (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris, European Union: OECD Publishing. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of References for*

Psychodynamic Nursing. New York, United States of America: Springer Publishing Company.

Pereira, M., Labate, R. & Farias, F. (1998). Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 11(3), 52-59. Disponível em: <https://actaape.org/article/refletindo-a-evolucao-historica-da-enfermagem-psiquiatica/>

Pereira, S., Cézar, J., Reisdorfer, E. & Cardoso, L. (2014). Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. *Saúde & Transformação Social*. 1 (5), 91-95. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2410>

Petitjean, F. (2011). Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-Psychologiques*. 169(3), 184–187. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.011>

Petrakis, M., Laxton, S. (2016). Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*. 31(1), 48–54. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.015

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Pio Abreu, J. (2015). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (7ª edição). Lisboa. Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018. *Diário da República* n.º 157/2018, Série I, 4147 – 4182.

Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L. & Telles-Correia, D. (2019, janeiro). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Med Port*. 32(1):70-77. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.10768>

Ramos, S. (2007). *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto*. Tecnologias da Informação e Comunicação. Disponível em: http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto_1_.pdf

- Ramos, M. (2012). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 6(4), 1-19. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/742>
- Rami, H., Hussien, H., Rabie, M., Sabry, W., El Missiry, M. & El Ghamry, R. (2018). Evaluating the effectiveness of a culturally adapted behavioral family psycho-educational program for Egyptian patients with schizophrenia. *Transcultural Psychiatry*. 55(5), 601-622. doi: <https://doi.org/10.1177/1363461518782520>
- Reinaldo, A. & Rocha, R. (2002). Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2 (4), 36-41. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/758/828>
- Reis, F., Chainho, J., António, J., Paiva, J., Marques, A., Real, A., Lourenço, F. et al. (2000). A Emoção Expressa dos Familiares de Esquizofrénicos e as Recaídas dos Doentes. *Psicologia*. 14 (1), 31-44. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v14n1/v14n1a03.pdf>
- Robert Wood Johnson Foundation. (2014). *A Toolkit for Educating About Psychosis*. EDIPPP Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis Program. Disponível em: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/EDIPP_Toolkit_2014.pdf
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia - Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*. 32(4), 765–775. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632267/>
- Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (11. ed.). Porto Alegre. Brasil: Artmed.
- Saraiva, C. & Cerejeira D. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa. Portugal: LIDEL.
- Santos, A. (2009). *A Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários. Artigo de Revisão*. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18537>

- Scoaris, R., Benevides-Pereira, A. & Filho, O. (2009). Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de atitudes frente ao uso de história da ciência no ensino de ciências. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. 8 (3), 901-922. Disponível em: http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen8/ART8_Vol8_N3.pdf
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010, março). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série, 12, 9-16. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 12, 6-8. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
- Serrano, A., Costa, A. & Costa, N. (2011, março). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. série III (3), 15-23. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Schaurich, D. & Crossetti, M. (2008). O Elemento Dialógico no Cuidado de Enfermagem: Um Ensaio com Base em Martin Buber. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 12(3), 544-548. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a22>
- Silva Júnior, S. & Costa, F. (2014). Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. *PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*. 15, 1-16. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/15/1_Mensura%C3%A7%C3%A3o%20e%20Escalas%20de%20Verifica%C3%A7%C3%A3o%20uma%20An%C3%A1lise%20Comparativa%20das%20Escalas%20de%20Likert%20e%20Phrase%20Completion.pdf
- Silva, R. (2006) Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*. 17(4):263–85. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>
- Sin, J., Moone, N., Newell, J. (2007). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis - Implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14 (3), 282–290. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01075.x

- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T. & Henderson, C. (2017) Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 56, 13–24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Singh, S., Cooper, J., Fisher, H., Tarrant, C., Lloyd, T., Banjo, J., et al. (2005). Determining the chronology and components of psychosis onset: the Nottingham onset schedule (NOS). *Schizophrenia Research*. 80(1), 117-30. doi: 10.1016/j.schres.2005.04.018
- Tannure, M. & Pinheiro, A. (2010). *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático* (2ª edição). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O’Ceallaigh, S., Soni, W., Santamaria, M., et al. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 177, 529-33. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.529>
- The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 28, 551-558. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Tomás, M. (2013). *As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria para os familiares das pessoas com o diagnóstico médico de esquizofrenia* (Relatório de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/6271>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. (2019). *Plano de Atividades e Orçamento 2019*. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2018/12/PAO-2019.pdf>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. (2020). Serviços Clínicos: Psiquiatria. In *Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE*. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Vaz, C., Rosário, E., Silva, I. & Nunes, L. (Rev.). (2011, julho-setembro). PARECERES – REFLECTIR O AGIR. Análise complexa de um caso. *Revista Percursos*. nº21, 3-43. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n21.pdf
- Vieira, M. (2008). *Ser enfermeiro. Da paixão à Proficiência* (2ª edição). Lisboa, Portugal:

UCP Editora Unipessoal, Lda.

- Ware, J., Snyder, M., Wright, R., & Davies, A. (1983). Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning*. 6, 247-263. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/13031909_Defining_and_Measuring_Patient_Satisfaction_With_Medical_Care
- Weinberger, A., George, T., Perkins, K. & Chengappa, K. (2008). Effects of Topiramate on Smoking in Patients With Schizoaffective Disorder, Bipolar Type. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 28(2), 247–248. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3675443/>
- World Health Organization [WHO]. (2014, agosto). Mental health: a state of well-being. in *World Health Organization*. Disponível em: http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Yacubian, J. & Neto, F. (2001). Psicoeducação familiar. *Família, Saúde & Desenvolvimento*. 3(2), 98-108. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v3i2.5047>
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 86(2), 103–126. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>



APÊNDICES

Apêndice I

Artigo Científico - Psicoeducação na Família e Doente com o Primeiro Episódio Psicótico. Revisão Integrativa da Literatura

Psicoeducação na Família e Doente com o Primeiro Episódio Psicótico

Psychoeducation in the Family and Patient with the First Psychotic Episode

La Psicoeducación en la Familia y en el Paciente con el Primer Episodio Psicótico

Porfírio Silva¹; Ana Palma²

1 - Enfermeiro de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados da Comunidade “Serra e Mar”, Grândola da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Mestrando na Escola Superior de Saúde de Portalegre;

2 – Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

Autor responsável: Porfírio Silva

Email: pandrefs@gmail.com

RESUMO

O primeiro episódio psicótico é um acontecimento com grandes repercussões nas famílias, originando enormes alterações no seu funcionamento. Estas, têm um maior risco de aparecimento de ansiedade, stresse e sobrecarga, influenciando negativamente os cuidados prestados, podendo dificultar a recuperação ou levar a uma recaída do doente. **Objetivo:** Identificar quais os benefícios da intervenção psicoeducativa implementada pelo Enfermeiro à família e doente com o primeiro episódio psicótico. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura com recurso a bases de dados científicas eletrónicas, incidindo sobre estudos escritos em Português, Inglês e Espanhol publicados entre 2014-2019 baseados nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). **Resultados:** Na pesquisa nas bases de dados B-On, *PubMed*, SciELO, RCAAP e *Cochrane* surgiram 282 artigos não duplicados dos quais 6 foram selecionados, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. **Conclusões:** A psicoeducação diminui a sobrecarga e a crítica excessiva dos familiares, evita a intrusão e o excesso de proteção. Melhora a sua capacidade para resolver problemas, a comunicação, o comportamento e promove uma atitude mais positiva. Nos doentes, contribui para uma melhoria clínica, uma melhor adesão à terapêutica, mais integração social e melhor qualidade de vida. **Descritores:** Enfermagem Psiquiátrica, Educação, Primeiro, Episódio, Psicótico.

Apêndice II

Guião da Entrevista ao Utente e Familiares



Guião de Entrevistas

Perguntas ao Utente:	Perguntas aos Familiares:
<ul style="list-style-type: none"> - Como era a sua vida antes de estar doente? - Como é a sua vida agora? - Conhece os sintomas da Psicose? - Quando lhe disseram que tinha esta doença, como se sentiu? - O que costuma fazer no seu dia-a-dia? - Quem é o seu apoio, na gestão do regime terapêutico e atividades de vida diária? - De que forma os serviços de saúde e sociais o tem ajudado? - Na sua opinião, o que falta da parte dos serviços de saúde para o ajudar a enfrentar melhor a doença, as crises, o trabalho, a família, enfim todo o seu dia-a-dia? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quando lhe disseram que o seu familiar teve psicose, procurou informação sobre a doença? - Conhece os sintomas da Psicose? - Sabe o que são delírios, alucinações, comportamento desorganizado? - Desde que soube da doença do seu familiar, verifica uma diminuição das suas atividades ocupacionais e sociais? - Já foi agredido pelo seu familiar? Em que circunstâncias, pode contar-me? - O facto de ter de cuidar do seu familiar doente, prejudica-o ao nível do seu tempo livre e das suas relações sociais? - Tem conflitos familiares pelo facto de ser cuidador de alguém com este tipo de doença? - Sente-se culpado pelo facto do seu familiar ter desenvolvido a doença? - Atendendo a que tem um familiar com psicose, sente-se preocupado com o futuro? - Qual é a sua opinião sobre o preconceito da Psicose/Esquizofrenia relativamente a: não ter cura, pessoas com esta doença serem perigosas, incapacidade, rejeição e exclusão? - Conhece alguma rede de apoio à qual recorre quando necessita? - Sente-se apoiado pelos serviços de saúde?

Fonte: Fernandes, N. (2016). As Vivências da Família e da Pessoa portadora de Esquizofrenia: Contributos para o desempenho do Enfermeiro de Família (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar). Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Apêndice III
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento de Participação no Projeto – Consigo Saúde Mental.

Foi convidado(a) a participar no projeto "Consigo Saúde Mental" conduzido por Porfírio André Fernandes e Silva. A sua participação é voluntária.

Leia por favor a informação em baixo, antes de decidir se vai ou não participar na sessão. Se concordar, pedimos que assine no final.

Objetivo do Projeto:

O objetivo do "Consigo Saúde Mental" é promover um melhor prognóstico ao utente após o primeiro surto psicótico e diminuir a sobrecarga sentida pelos cuidadores. A informação recolhida será usada para elaborar o Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Enfermagem, área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Procedimentos:

Se quiser ser voluntário(a) no "Consigo Saúde Mental" será sujeito(a) a entrevista, irá participar em 6 sessões de psicoeducação sobre a Psicose. Poderá também ser-lhe pedido o preenchimento de pequenos exercícios escritos, relacionados com a temática. As sessões poderão contar com a presença da Enfermeira Orientadora Augusta Silva e serão desenvolvidas no seu domicílio com a periodicidade semanal em horário a combinar.

Nas sessões, serão tomadas notas escritas. Estas, serão utilizadas apenas para efeitos de análise das opiniões / perceções dos participantes e servirão apenas como o material informativo sem referência às respostas de qualquer pessoa específica. Não será feita qualquer associação destes dados com a identificação de pessoas.

Tratamento de Dados:

O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato dos participantes, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos participantes. Nenhum dado será tornado público sem o seu prévio consentimento. Porfírio André Fernandes e Silva assegura que qualquer publicação, incluindo a publicação na Internet, nem direta, nem indiretamente, levará a uma violação do anonimato e da confidencialidade acordada. A recolha e análise de dados do "Consigo Saúde Mental" serão integradas no relatório de estágio que ficará em acesso público no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, disponível para consulta em: <https://comum.rcaap.pt>. O relatório não conterá quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular.

Confidencialidade:

Qualquer informação obtida no âmbito do presente projeto que o(a) possa identificar será confidencial e não será divulgada sem a sua prévia permissão.

Todos os dados recolhidos serão armazenados de forma a permitir a conformidade com a legislação portuguesa e da União Europeia relativa à proteção de dados e à privacidade.

Eliminação de Dados Pessoais:

No final do projeto, todos os seus dados pessoais serão eliminados.

Recusa em Participar:

É inteiramente livre de participar ou não neste projeto. Se se voluntariar para participar no projeto, é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar responder a qualquer pergunta ou de participar numa atividade específica.

Compreendo os procedimentos acima descritos. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória e concordo em participar neste projeto. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Nome

_____, ____ de _____ de 2019

Assinatura

Apêndice IV

Questionário de Satisfação do Projeto Consigo Saúde Mental

Questionário de Satisfação do Projeto “Consigo Saúde Mental”

Gostaríamos de saber qual o seu nível de concordância com as seguintes frases. Das hipóteses de resposta enunciadas pelo Enfermeiro, quais a mais correta para si. Agradecemos as suas respostas e relembramos que não existem respostas certas ou erradas.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5
Estas sessões ajudaram-me a compreender melhor o que me aconteceu antes de estar internado.					
Agora, consigo explicar e compreender os meus sintomas.					
Com a informação que me foi fornecida compreendo melhor os benefícios da medicação.					
Este programa não trouxe qualquer contributo para mim.					
No final deste projeto sinto que me relaciono melhor com os meus familiares.					
Sinto que a minha família me compreende melhor.					
Consigo viver melhor com o meu problema de saúde.					
Tenho mais confiança nas minhas capacidades.					

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar a sua satisfação em relação a vários aspetos relacionados com o projeto onde participou.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeito com o número de sessões realizadas e a sua duração?					
Até que ponto está satisfeito com o trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro que implementou as sessões?					
Até que ponto está satisfeito com o facto de as sessões terem sido realizadas na sua residência?					
Como classifica a sua satisfação com as sessões do “Consigo Saúde Mental”?					

Sugestões/Comentários:

Muito Obrigado.

Apêndice V

Plano Formação. “Abordagem ao Doente Esquizofrénico”



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio Final - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Docente: Professora Doutora Ana Paula Banza Zarcos

ABORDAGEM AO DOENTE ESQUIZOFRÉNICO

Plano de Formação

Enfermeira Orientadora:
Augusta Silva

Discente:
André Silva, Nº 19335

**Janeiro
2020**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio Final - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Docentes: Professora Doutora Ana Paula Banza Zarcos

ABORDAGEM AO DOENTE ESQUIZOFRÉNICO

Plano de Formação

Enfermeira Orientadora:

Augusta Silva

Discente:

André Silva, N.º 19335

Janeiro
2020

*Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela, tampouco, a sociedade muda.*

Paulo Freire (2 000)

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

Abreviaturas e símbolos

AP A - *American Psychological Association*;

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	6
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE	9
4. PLANO DE FORMAÇÃO	11
CONCLUSÃO	12
BIBLIOGRAFIA	13
APÊNDICES	14
Apêndice I – Apresentação PowerPoint: Abordagem ao Doente Esquizofrénico	15

INTRODUÇÃO

No decorrer do estágio tive a oportunidade de observar e também participar na articulação e consultadoria realizada pela Equipa Comunitária de Enfermagem do Departamento Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) aos colegas dos Centros de Saúde da região.

Foi identificada uma necessidade de formação que se tornou uma oportunidade para o desenvolvimento de algumas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, foi elaborado este plano de formação e foi possível implementá-lo, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade na gestão de cuidados e na promoção de aprendizagens profissionais.

A temática deste trabalho é o doente com Esquizofrenia e a pertinência do tema é justificada pelo facto de ter sido referido pelos colegas dos cuidados de saúde primários dificuldades em abordar doentes com esta doença. Outro motivo prende-se com o facto de esta patologia, ter sido reconhecida como uma prioridade em termos de políticas de saúde devido ao défice de funcionamento inerente e à mortalidade precoce que esta provoca. (Asher, Fekadu & Hanlon, 2018)

Ela, é uma das doenças mentais graves mais frequentes ocorrem em cerca de 1% das pessoas no mundo (Keen & Barker, 2009). De acordo da revisão realizada por Simone *et al.* (2015) a prevalência de vida de esquizofrenia na população europeia em geral foi estimada em 0,52%. Em Portugal a prevalência na população maior de 15 anos de idade é 0,57%, em linha com o que se passa no resto da europa. (Gouveia *et al.*, 2018)

A estrutura do trabalho apresenta numa fase inicial o diagnóstico da situação. São definidas as estratégias englobando os objetivos gerais e específicos. Numa fase posterior é descrito o planeamento das atividades e a programação das intervenções. Conduziu-se esta fase com a construção do plano de formação propriamente dito. No final é realizada uma análise crítica e reflexiva do trabalho, procurando perceber se os objetivos definidos foram atingidos.

O trabalho encontra-se de acordo com as normas *American Psychological Association* (APA) 6ª edição, adotadas pela Escola Superior de Saúde de Portalegre e o mesmo foi realizado de acordo com o novo acordo ortográfico.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Hoje em dia, os profissionais de Enfermagem encontram-se inseridos numa sociedade cada vez mais dinâmica e em constante transformação nas mais variadas áreas. Torna-se assim fundamental uma atualização contínua dos saberes do profissional ao longo da vida.

A formação básica permite ao Enfermeiro adquirir competências para o desempenho da profissão com necessidade de ser aperfeiçoada e aprofundada ao longo dos tempos de forma a acompanhar a evolução tecnológica e científica da mesma. A formação contínua vai permitir aos Enfermeiros desenvolverem as suas capacidades intelectuais e práticas através do aprofundamento e da aquisição de novos conhecimentos proporcionando um enriquecimento a nível pessoal e profissional.

A formação em serviço assume assim um papel fundamental no que diz respeito à atualização de conhecimentos, aptidões, competências e saberes da profissão. Serve ainda para colmatar as necessidades de formação sentidas nos serviços por toda a equipa de forma a garantir a prestação de cuidados de excelência.

No decorrer do estágio na Equipa Comunitária de Enfermagem do DPSM e através dos contactos que foram realizados com as equipas de Enfermagem das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em Moura e Vidigueira, tornou-se evidente que a equipa necessitava de formação sobre a "Abordagem ao Doente Esquizofrénico".

Este tema tem sido fonte de preocupação e insegurança destes profissionais que demonstram desde logo, uma grande disponibilidade para a formação. Assim, esta formação terá como público-alvo todos os Enfermeiros desta unidade.

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Contribuir para uma melhor abordagem dos doentes esquizofrénicos por parte dos Enfermeiros das UCSP de Moura e Vidigueira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover um maior conhecimento sobre a Esquizofrenia;
- Sensibilizar os Enfermeiros sobre as atitudes mais adequadas perante o doente esquizofrénico;
- Melhorar a articulação entre o DPSM e as UCSP Moura e Vidigueira.

4. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE

A formação sobre a temática "A abordagem do Doente Esquizofrénico", pretende que os Enfermeiros adquiram habilidades e atitudes perante estes doentes. Analisando as teorias e diferentes métodos de aprendizagem, considera-se adequado à formação o método expositivo.

Para Benner (2009), citado por Perdígão (2017) o papel do formador em enfermagem é o de criar experiências de aprendizagem que liguem a fundamentação teórica à prática de forma a que seja mais fácil a aquisição de conhecimentos.

Os métodos de aprendizagem são um conjunto de procedimentos ou processos didáticos que visam proporcionar a aprendizagem de maneira eficiente. Mucchielli e Guivarch (1998) citados por Marreiros (2016) propuseram uma classificação dos métodos baseada num "*continuum*" desde os completamente "passivos", aos mais "ativos". Pierre Goguelin (1973), citados por Marreiros (2016) agrupou-os em três grandes grupos: métodos afirmativos (expositivos e demonstrativos), métodos interrogativos e métodos ativos.

O método expositivo trata da apresentação de conteúdos, usualmente pela exposição de um dado assunto de forma verbal, em que poderá existir a participação dos formandos embora, de forma limitada.

Assim sendo a técnica de aprendizagem mais adequada e que vai ao encontro do plano que vai ser colocado em prática é o método cognitivo-construtivista, visando o modelo de aprendizagem de Novak, que imprime um carácter determinante às concepções prévias dos alunos. Esta perspetiva cognitivo-construtivista da aprendizagem deve-se ao modelo Piagetiano e de Ausubel, Novak e Hanesian (Ausubel, Novak & Hanesian, 1980). Este, baseia-se num modelo construtivista dos processos cognitivos humanos. Em particular, a teoria da assimilação que descreve como o estudante adquire conceitos e a forma como organiza-os na sua estrutura cognitiva. Segundo estes autores, "a aprendizagem significativa acontece quando uma informação nova é adquirida mediante um esforço deliberado por parte do aprendiz em ligar a informação nova com conceitos ou proposições relevantes preexistentes na sua estrutura cognitiva". (Ausubel, Novak & Hanesian, 1980, p. 159).

Os meios auxiliares de ensino são os materiais ou objetos utilizados para a realização da formação. Nesta formação serão utilizados como recursos um

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

computador com Office, projetor, tela, papel e canetas. As formações decorrerão no dia 7 de janeiro na UCSP de Moura e a 27 de janeiro na UCSP da Vidigueira e terão a duração de 1 hora.

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

5. PLANO DE FORMAÇÃO

Cronograma

Local: UCSP de Moura e Vidigueira; Título: Abordagem ao Doente Esquizofrénico.	Grupo: Enfermeiros; Prelator: André Silva aluno nº 19335; Data: 7 e 27 de janeiro de 2020; Hora: Das 14h às 15h.
---	---

Objetivos:

Geral:

- Contribuir para uma melhor abordagem dos doentes esquizofrénicos por parte dos Enfermeiros das UCSP de Moura e Vidigueira.

Específicos:

- Promover um maior conhecimento sobre a Esquizofrenia;
- Sensibilizar os Enfermeiros sobre as atitudes mais adequadas perante o doente esquizofrénico;
- Melhorar a articulação entre o DPSP e as UCSP Moura e Vidigueira.

Tempo	Conteúdos	Métodos	Meios
10 minutos	Introdução: Apresentação e objetos da formação.	Expositivo	Computador Projektor
20 minutos	Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none">- A Esquizofrenia;- Avaliação do estado utente;- Atitudes do Enfermeiro perante o utente.	Expositivo	Computador Projektor
20 minutos	- Discussão sobre temática e esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	Computador Projektor
10 minutos	Conclusão: Encerramento da formação.		Preenchimento do questionário da avaliação da formação.

CONCLUSÃO

O presente trabalho apresenta um plano de formação tendo em conta as necessidades identificadas numa população-alvo, preconizando uma área de melhoria. Para tal foi necessário realizar trabalho de pesquisa, análise e reflexão, não só sobre o tema selecionado e conceitos inerentes, mas também para contextualizar aquilo que é a formação.

O plano de formação sobre a melhor abordagem ao doente esquizofrénico foi construído de forma a ir ao encontro das necessidades de formação referenciadas pela equipa de Enfermeiros das UCSP de Moura e Vidigueira.

Tendo em conta os objetivos propostos e indo ao encontro das necessidades da população-alvo, pode-se afirmar que contribuiu para a melhoria do conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais aos quais o plano de formação é dirigido.

Este plano de formação tem por base o modelo de aprendizagem cognitivo-construtivista visando o modelo de aprendizagem Piagetiano e de Ausubel, Novak e Hanesian.

Deste modo, considero que atingi os objetivos a que me propus, contribuindo para a conceção e concretização do projeto na área da qualidade, comprometendo-me a ser um facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento.

Como futuro Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica terei que assumir assim a liderança na formulação de padrões e conhecimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Asher, L., Fekadu, A., Hanlon, C. (2018). Global mental health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 31:193–9. DOI:10.1097/YCO.0000000000000404;
- Ausubel, P., Novak, J., Hanesian, H. (1980). *Psicologia educacional*. Tradução para o português, de Eva Nick et al, da segunda edição de *Educational Psychology: A cognitive view*. Rio de Janeiro. Interamericana;
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., Borges, M. (2018). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health* 2017; 4(Suppl. 3): S13. DOI: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13);
- Keen, T., Barker, P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing The craft of caring*. Capítulo 25 - The person with a diagnosis of schizophrenia. 2ª Edição. Londres. Hodder Arnold. ISBN: 9780340947630;
- Marreiros, A. (2016). *Ensinar, aprender e desenvolver: métodos ativos e relações entre gerações como proposta de ensino-aprendizagem no Ensino Profissional*. Mestrado em Ensino da Economia e da Contabilidade. Universidade de Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24614/1/ulfpie051101_tm.pdf;
- Perdigão, A. (2017). "Cenas da Vida Real": O Role-playing e a simulação em contexto de aulas práticas laboratoriais no ensino de enfermagem. *Acontece, Indagatio*, Vol. 9 (1), 93-95;
- Simeone, J., Ward, A., Rotella, P., Collins, J., Windisch, R. (2015). *BMC Psychiatry*. 15:193. DOI 10.1186/s12888-015-0578-7. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-0150578-7>.

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

APÊNDICES

Abordagem ao Doente Esquizofrénico – Plano de Formação

Apêndice I – Apresentação PowerPoint: Abordagem ao Doente Esquizofrénico

11/06/2020



 **ULSBA**
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo - EPE
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

André Silva aluno nº 19335 do Mestrado Integrado em Enfermagem da ESEP
Enfermeira Orientadora: Augusta Silva

Moura, 07 janeiro 2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico



SUMÁRIO:

- ➡ Objetivos;
- ➡ A Esquizofrenia;
- ➡ Avaliação do Estado Utente;
- ➡ Atitudes do Enfermeiro Perante o Utente.

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

OBJETIVOS:



GERAL

Contribuir para uma melhor abordagem aos doentes esquizofrénicos por parte dos Enfermeiros da UCSP de Moura.

ESPECÍFICOS

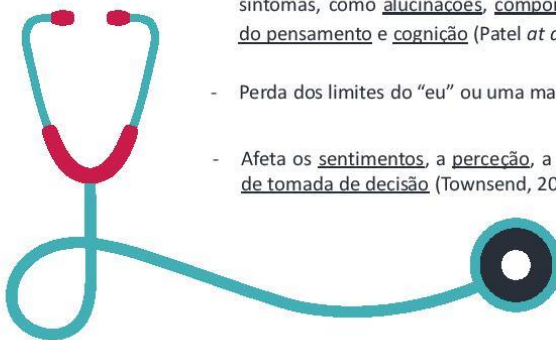
Promover um maior conhecimento sobre a Esquizofrenia;

Sensibilizar os Enfermeiros sobre as atitudes mais adequadas perante o doente esquizofrénico;

Melhorar a articulação entre o DPSM e a UCSP Moura.

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

A ESQUIZOFRENIA

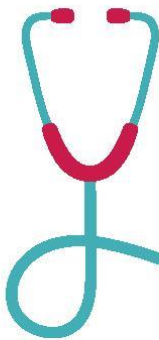


- A Esquizofrenia é uma doença mental crónica, caracterizada por um conjunto de sintomas, como alucinações, comportamento e discurso desorganizado, alterações do pensamento e cognição (Patel *et al*, 2014);
- Perda dos limites do “eu” ou uma marcada incapacidade de avaliação da realidade;
- Afeta os sentimentos, a perceção, a atenção, o humor, a linguagem e a capacidade de tomada de decisão (Townsend, 2011).

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

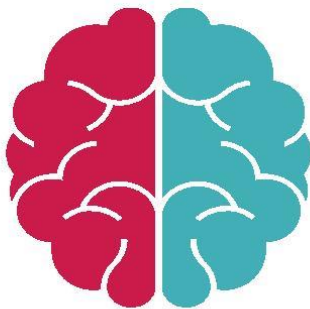
A ESQUIZOFRENIA (cont.)



- Pelo menos 21 milhões de pessoas vivem com esquizofrenia em todo o mundo, e muitos mais estão indiretamente afetados por ela (WHO, 2018);
- Em Portugal tem uma incidência estimada de 0,57%, ou seja, cerca de 48 mil portugueses, em linha com o que se passa no resto da Europa (Gouveia *et al*, 2018).

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

A ESQUIZOFRENIA (cont.)



- Sintomas Positivos (Excesso/distorção de funções normais):

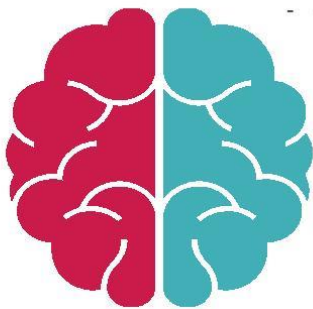
- Alucinações (vê, ouve, saboreia ou sente coisas que na verdade "não estão lá");
- Delírios (Interpretação errada das perceções – Falsas crenças);
- Desorganização do Pensamento;
- Discurso Desorganizado (Respostas sem relação, "salada de palavras");
- Comportamento Desorganizado (Aparência descuidada, Agitação súbita e imprevisível).

(Keen & Barker, 2009)

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

A ESQUIZOFRENIA (cont.)



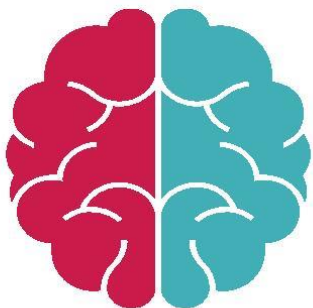
- Sintomas Negativos (Diminuição/perda de funções normais):

- Embotamento Afetivo (Expressão emocional diminuída, tem dificuldades em expressar emoções e sentimentos);
- Alogia (Menor fluência e produtividade de pensamento e discurso);
- Avolição (Menor capacidade para comportamentos dirigidos e com objetivos).

(Keen & Barker, 2009)

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

A ESQUIZOFRENIA (cont.)



- Outros Sintomas Associados:

- Anedonia (perda de interesses ou da capacidade de ter prazer);
- Alterações do padrão de sono;
- Perda do interesse pela alimentação;
- Alterações da atividade psicomotora (marcar passo, balancear, → maneirismos);
- Dificuldades de concentração/memória;
- Disfunção cognitiva;
- Ausência de crítica → Fraca adesão ao tratamento.

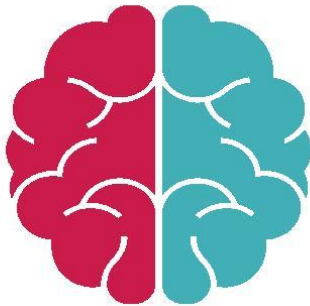
(Keen & Barker, 2009)

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

A ESQUIZOFRENIA (cont.)

- Tratamento:



Tratamento Farmacológico:

- Antipsicóticos (Neurolépticos).

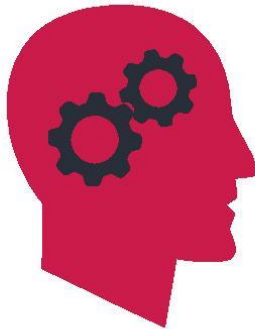
Tratamento Não Farmacológico:

Psicoterapia individual:

- Orientação para a realidade;
- Resolução de problemas concretos;
- Adesão à terapêutica;
- Treino de competências sociais. (Queirós *et al*, 2019)

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

AVALIAÇÃO DO ESTADO DO DOENTE



Relação Enfermeiro-cliente - Algumas suposições:

- Não é possível prestar cuidados de Enfermagem sem existir uma relação (enfermeiro-cliente);
- Toda a relação tem potencial terapêutico;
- A relação não se limita à interação verbal, mas sim um processo de partilha que envolve toda a pessoa e todas as formas de comunicação;
- O julgamento clínico do Enfermeiro, diante de uma determinada situação leva à escolha das intervenções a implementar.

(Lopes, 2018)

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

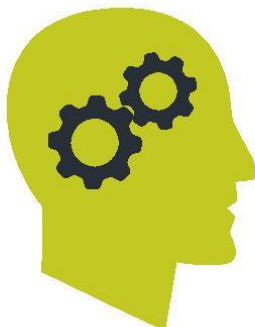
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO DOENTE (cont.)



- A avaliação do estado do utente tem uma enorme importância pois conseguimos obter muita informação sobre o doente;
- Não sobrevalorizar, nem negligenciar a relação que existe entre perturbação psiquiátrica e comportamento violento (Abdalla-Filho, 2004);
- Nesta avaliação existem vários aspetos a ter em conta, dos quais é importante destacar a aparência, comportamento e o pensamento.

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

AVALIAÇÃO DO ESTADO DO DOENTE (cont.)



Sinais de alerta:

- Aparência** - Higiene pessoal descuidada;
- Psicomotricidade** - Agitação, Inquietação;
- Comportamento** - Irritado, Evasivo, Desconfiado;
- Pensamento** - Delírios;
- Perceção** - Alucinações;
- Insight** - Ausente.

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE

Para todos os doentes:

- Atender o utente num local tranquilo;
 - Manter a coerência e honestidade nas interações;
 - Ser coerente na comunicação verbal e não verbal servindo como modelo para o cliente;
 - Adotar uma atitude sóbria, empática;
 - Evitar expor-se desnecessariamente;
 - Respeitar a dignidade do utente;
 - Saber tanto quanto possível sobre os doentes, antes de atendê-los.
- (Isaacs, 1998)



Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE (cont.)

Para doentes com comportamentos regressivos e/ou fora do comum:

- Tratar o utente como adulto;
- Adotar uma abordagem direta e franca aos comportamentos bizarros (não reforçá-los);
- Ter cuidado ao estabelecer contato físico, o utente pode entender como ameaçador.

(Isaacs, 1998)



11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE (cont.)



Para utentes com alteração do padrão de comunicação:

- Usar uma linguagem clara e não ambígua;
- Manter a comunicação verbal e não verbal claras;
- Esclarecer com o próprio qualquer palavra não clara ou ambígua.

(Isaacs, 1998)

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE (cont.)



Para doentes desconfiados e hostis:

- Estabelecer uma relação estreitamente profissional, uma relação amigável pode parecer ameaçadora para o doente;
- Usar com cuidado o contato físico, o cliente pode entender como ameaçador;
- Explicar qualquer medicação e/ou terapia antes de iniciá-la;
- Evitar focalizar ou reforçar pensamentos de desconfiança ou delírios;
- Intervir quando o utente demonstrar sinais de aumento de níveis de ansiedade e de potencial comportamento de atuação.

(Isaacs, 1998)

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE (cont.)

Para utentes que apresentam delírios e/ou alucinações:



- Evitar reforçar alucinações e/ou delírios discutindo-os quando presentes;
- Enfatizar o facto de que não se tem a mesma perceção que ele, (por exemplo dizer que não escuta as vozes que ele escuta);
- Não discutir (não criticar e não menosprezar) com o cliente sobre alucinações e delírios;
- Ajudar o utente a controlar as alucinações, focalizando na realidade;
- Redirecionar o utente e focalizá-lo em tarefas baseadas na realidade;
- Manter o cliente em ambiente mais tranquilo, que não seja estimulante.

(Isaacs, 1998)

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE (cont.)

Para utentes com comportamentos de agressivos e violentos:



- Estar atento para a segurança do espaço físico à sua volta (por ex., acesso a portas, objetos da sala);
- Ter outras pessoas presentes ou nas imediações durante o atendimento;
- Detetar indícios de agitação e intervir antes que o doente comece a atuar;
- Proporcionar um ambiente seguro e tranquilo, diminuído os estímulos;
- Usar tom de voz calmo e tranquilo, principalmente quando o doente estiver agitado;
- Estabelecer limites aos comportamentos inaceitáveis e adotar discurso assertivo;
- Não confrontar ou ameaçar doente;
- Se necessário contactar autoridades.

(Isaacs, 1998)

11/06/2020

Abordagem ao Doente Esquizofrénico

ATITUDES DO ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE (cont.)

Em Caso de Urgência Contactar:

- GNR ou PSP;
- Autoridade de Saúde.



Articulação com Equipa Comunitária do DPSM:

- Enf. Augusta Silva
Tef. 284325031
Email: augusta.silva@ulsba.min-saude.pt

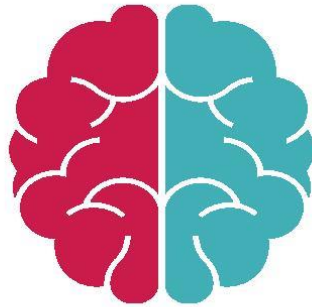
BIBLIOGRAFIA

- Abdalla-Filho, E. (2004). Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. Rev. Psiq. Clín. 31 (6); 279-284;
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., Borges, M. (2018). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health 2017; 4(Suppl. 3): S13. DOI: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13);
- Isaacs, A. (1998). Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Segunda Edição. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro;
- Keen, T., Barker, P. (2009). Psychiatric and Mental Health Nursing The craft of caring. Capítulo 25 - The person with a diagnosis of schizophrenia. 2ª Edição. Londres. Hodder Arnold. ISBN: 9780340947630;
- Lopes, M. (2018). European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing. Capítulo 19 - Forming and Maintaining Interpersonal Relationships;
- Patel, K., Cherian, J., Gohil, K., Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. P&T, vol. 39, nº. 9 (638 – 645);
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. Acta Med Port 2019 Jan; 32(1):70-77. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.10768>;
- Townsend, M. RN, MN, CS. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. (6ª Edição). Loures: Editora Lusociência;
- WHO. (2018). Esquizofrenia. In OMS. Disponível em <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

Apêndice VI

Apresentação do Projeto no Serviço

11/06/2020



PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

André Silva aluno nº 19335 do Mestrado
Integrado em Enfermagem da ESSP

Beja, 24 janeiro 2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2

PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

SUMÁRIO:

1. Diagnóstico da Situação;
2. Objetivos do Projeto;
3. Estrutura do Projeto;
4. Intervenções (Sessões);
5. Avaliação.

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

1. Diagnóstico da Situação:

- A incidência da Psicose é de 4,7 por 1000 adultos (Jablensky *et al.* 2000);
- A Esquizofrenia é a perturbação psicótica mais frequente e afeta cerca de 0,57% da população portuguesa (Gouveia *et al.* 2018);
- Baixa literacia dos doentes e família sobre sintomatologia psicótica;
- Necessidade dos familiares em expressar sentimentos e conhecer estratégias para uma melhor adaptação;
- Realizada Revisão da Literatura - Quais os benefícios da intervenção psicoeducativa na família e utente com primeiro episódio psicótico?



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

Resultados da Revisão da Literatura:

Para a Família:

- Diminuição da sobrecarga e da crítica excessiva;
- Evita o excesso de intrusão e de proteção por parte da família;
- Aumenta a capacidade para resolver os problemas e uma melhor comunicação;
- Promove uma atitude mais positiva e diminuição das emoções expressas;
- Melhoria dos afetos e no bem-estar dos cuidadores.

Para o Doente:

- Melhoria clínica e uma melhor adesão à terapêutica;
- Melhor integração social e mais qualidade de vida.

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

Escolha do Projeto:

- Programa psicoeducativo unifamiliar à família e doente;
- Matriz comunitária em linha do que é preconizado pela OMS e o Plano Nacional de Saúde Mental;
- Destaque ao papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na criação, implementação e avaliação de projetos;
- Intervenções desenvolvidas em contexto domiciliário:



- Prestação de cuidados descentralizada e mais próxima dos utentes;
- Promove uma maior participação das pessoas.



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

2. Objetivos do Projeto:

Objetivos Gerais

- Contribuir para o *recovery* do utente após o internamento com sintomatologia psicótica;
- Promover uma diminuição da sobrecarga sentida pelos familiares.

Objetivos Específicos

- Diminuir o impacto negativo do episódio psicótico na vida pessoal, social e profissional do utente;
- Contribuir para a melhoria clínica do doente;
- Aumentar a literacia da família e utente;
- Aumentar a adesão terapêutica do doente;
- Promover uma comunicação eficaz entre os familiares e doente;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do utente.

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

3. Estrutura do Projeto:

Referência para o Projeto:

- Modelo Falloon (Gonçalves-Pereira *et al.* 2007).

População-alvo:

- Família e utente que teve o primeiro (durante o ano de 2019) internamento com sintomatologia psicótica.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
- Ter o primeiro internamento na Psiquiatria (UIP) da ULSBA e a causa desse internamento foi a existência de sintomatologia psicótica;	- Utente ou familiares que se recusem em participar ou a colaborar no programa;
- Ter idade superior a 18 anos e inferior a 65 anos;	- Residir em lares, instituições ou viver sozinho;
- Residir na zona de influência da ULSBA.	- Utentes com diagnóstico de Oligofrenia ou Demência.



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

Procedimento:

- Da UIP são enviadas as notas de alta dos utentes que estiveram internados para as Equipas Comunitárias;
- Através das notas de alta são selecionados os utentes/família com critérios para participar no projeto;
- Após a alta do internamento o utente e/ou família serão contactados (entre o 15º e o 30º dia) e caso aceitem participar agiliza-se a data da 1ª visita domiciliária.

Projeto desenvolvido no domicílio do utente e família;
Seis sessões, semanais com a duração de 45 a 60 minutos.

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

4. Intervenções (Sessões):

Sessões com utente e familiares	Sessões com os familiares
1ª - Apresentação do Projeto	4ª - A Vivência do Episódio Psicótico/ Resolução de Problemas
2ª - O Episódio Psicótico e a Doença - Sinais e Sintomas	5ª - Gestão da Crise
3ª - Tratamento	6ª - A Comunicação
Sessões de <i>Follow up</i> .	



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

1ª Sessão - Apresentação do Projeto:

(Doente e Família)

- Apresentação do programa;
- Assinatura do Consentimento Informado;
- Entrevista ao utente e familiares;
- Preenchimento Documento Historia Clínica de Enfermagem em vigor no DPSM (MOD. 1259).

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

2ª Sessão - O Episódio Psicótico e a Doença - Sinais e Sintomas:

(Doente e Família)

- A Doença (se existir diagnóstico);
- Sintomas psicóticos;
- Causas para o episódio psicótico. O modelo vulnerabilidade–stress (Almeida *et al.* 2014);
- O diagnóstico/Início da doença;
- Mitos sobre o episódio psicótico/doença;
- Entrega do exercício ao utente – Lista de problemas e sintomas comuns (CIR, 2008).



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

3ª Sessão – Tratamento:

(Doente e Família)

- Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006). Utilizar exercício pedido na sessão anterior para trabalhar problemas/sintomas do utente;
- As distintas opções terapêuticas (Kaplan & Sadock, 2007);
- Os diversos tipos de medicação;
- Os efeitos terapêuticos e adversos da medicação (Kaplan & Sadock, 2007);
- Benefício da toma regular e escrupulosa da medicação (Gomes, 2014);
- Entrega do exercício - Os benefícios (Prós) e as desvantagens (Contras) de tomar a medicação (CIR, 2008). Utilizar exercício para desconstruir entraves do doente na toma da medicação.

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

4ª Sessão - A Vivência do Episódio Psicótico/Resolução de Problemas:

(Famíliares)

- Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006). Utilizar exercício pedido na sessão anterior;
- Episódio psicótico – um evento traumático para a família (Gomes, 2014);
- A necessidade de encontrar explicações sobre o episódio psicótico;
- O processo de adaptação da família e utente: Promover um reajuste das expectativas. Gerar um novo equilíbrio familiar através da gestão das emoções. A importância de um ambiente adequado (Gomes, 2014);
- Auxiliar a transformação dos problemas em algo resolúvel: Definir o problema, identificar e analisar possíveis soluções, escolher a melhor solução e implementar a solução após realização de um plano (Chalifour, 2009);
- Entrega do exercício - Plano para lidar com problemas e estratégias (CIR, 2008).



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2
PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

5ª Sessão - Gestão da Crise:

(Famíliares)

- Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006). Utilizar exercício pedido na sessão anterior;
- Significado de crise;
- Sinais e sintomas de alerta (Almeida *et al.* 2014);
- Como enfrentar a crise (Almeida *et al.* 2014);
- Procurar ajuda e equipa de referência. Lei da Saúde Mental (....) .

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2

PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

6ª Sessão - A Comunicação:

(Famíliares)

- Resumo/Discussão do tema da visita anterior (Sequeira, 2006);
- A comunicação verbal e não-verbal;
- Regras para uma comunicação eficaz: Usar linguagem simples e clara, falar um tema de cada vez, usar escuta ativa, expressar emoções adequadamente (Gomes, 2014);
- As mensagens que o corpo envia no processo de comunicar: O olhar, a postura, expressão facial, o toque, tom de voz (Chalifour, 2008);
- A necessidade de adotar um discurso assertivo (Issacs, 1998).



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2

PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

5. Avaliação:

Escala de Zarit - Avalia a sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010);

Escala BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) - Avalia a gravidade dos sintomas mais frequentes em quadros psicóticos (Gusmão *et al.* 1996).

11/06/2020



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2

PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

Bibliografia:

- Almeida, R., Marques, A. & Queirós, C. (2014). weCOPE: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSIPP;
- CIR - Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave. Cuidados Integrados e Recuperação. Manual de trabalho, versão 1.2, Lisboa;
- Chalifour J., (2008). A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda, 1º Volume, Loures, Lusodidacta, ISBN: 9789898075055;
- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção. 2º Volume. Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075215;
- Gomes, R. (2014). Psicoeducação unifamiliar em famílias de pessoas com doença mental grave (Relatório do Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal;
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier M., Fadden G., (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos. *Análise Psicológica* (2007), 2 (XXV): 241-255. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.443>;
- Gusmão, R., Talina, M., Xavier, M., Caldas De Almeida, M. (1996). *Brief psychiatric rating scale (BPRS). Versão Ampliada Portuguesa* (4.0). Escala, Pontos de Ancoragem e Manual de Administração adaptados. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236279034>;
- Isaacs, A. (1998). Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Segunda Edição. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro;
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M., Harvey, C. (2000). Psychotic disorders in urban areas : an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (2), 221- 236. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00728.x;



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Equipa Comunitária nº 2

PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSIGO A SAÚDE MENTAL”

Bibliografia:

- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., Borges, M. (2018). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health* 2017; 4(Suppl. 3): S13. DOI: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13);
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed;
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra: Quarteto;
- Sequeira, C., (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência II Série - n.º12 - mar. 2010 pp.9-16*. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>.

ANEXOS

Anexo I

Autorização do Conselho de Administração



**EXTRATO DE ACTA DA REUNIÃO N.º 10/2019 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 11.12.2019 (Ata nº 55, Ponto 4.1)**

Aos nove dias do mês de dezembro de dois mil e dezanove, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Faltaram e justificaram a sua ausência Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, e Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão. -----

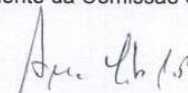
----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««**PONTO SEXTO – ENT/2019/24149** – Projeto: «Consigo a saúde Mental», pelo Enfermeiro Porfírio André Fernandes e Silva. -----

--- A Comissão analisou cuidadosamente o Projeto e verificou que está em conformidade com as exigências éticas e dá Parecer favorável. -----

Beja, 13 de dezembro 2019

A Presidente da Comissão de Ética


Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200, Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt - www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275

Anexo II

História Clínica de Enfermagem. MOD. 1259



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Data ____/____/____ Estado civil _____ Profissão _____
 Pessoa a contactar (familiar; amigo; vizinho) _____
 Médico de família _____ Enfermeiro _____ Médico Psiquiatra: _____

HISTÓRIA DO ESTADO ACTUAL

Queixa principal; Descrição do início dos sintomas. Percepção da doença mental e suas causas. Grau de fidelidade da informação. Outras patologias associadas (alergias, diabetes, HTA, doenças genéticas, outras). Medicação anterior (cumprida ou não)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Desenvolvimento Individual, Infância / Adolescência/ Aduldez (amigos, brincava, relacionamento com pais e professores, aproveitamento escolar, vítima de maus tratos , vítima de abuso sexual ou violação, outros aspectos significativos, separações do ambiente familiar, internamentos, principais gostos de atividades lúdicas como seja musica desporto, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES:

História de doenças na Família (genéticas, psicofisiológicas, psiquiátricas, consumo de substâncias, etc.)

ASPECTOS RELACIONAIS:

Laboral (relacionamento grau de satisfação profissional, responsabilidade profissionais); **Familiar** (pais, irmãos, cônjuge); **Social** (amigos, vizinhos).
Sexual.

HÁBITOS:

Tabágicos _____

Alcoólicos _____

Toxicodependência _____

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Religião _____

Agregado Familiar: n° de elementos _____

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Profissão	Habilitações Literárias

GENOGRAMA

Obs: _____

EXAME MENTAL

1-CONSCIÊNCIA

Sem Alterações ☐

Com Alterações ☐

1.1 - PERTURBAÇÕES DA CONSCIÊNCIA	
Desorientação (perturbação da orientação quanto ao tempo lugar e pessoas)	
Obnubilação da consciência (pensamento pouco claro, com perturbações na percepção e atitudes)	
Estupor (falta de reacção e de consciência quanto ao ambiente que o rodeia)	
Delirium (reacção intranquila, confusa, desorientada por alucinações)	
Estado crepuscular (consciência perturbada por alucinações)	
Sonolência (sedação normal)	
1.2 - PERTURBAÇÕES DA ATENÇÃO	
Distratibilidade (incapacidade para concentrar a atenção)	
Desatenção selectiva (bloqueio somente para aspectos que gerem ansiedade)	

2-EMOCÕES

Sem Alterações ☐

Com Alterações ☐

2.1 - AFECTO	
Adequado (condição normal em que tom emocional esta em harmonia com a ideia)	
Inadequado (desarmonia entre o tom emocional e a ideia pensamento ou fala que o acompanha)	
Embotado (perturbação manifestada por uma redução na intensidade)	
Lábil (mudanças bruscas e rápidas no tom emocional sem relação com estímulos externos)	
2.2 - HUMOR	
Disfórico (um estado de ânimo desagradável)	
Eutímico (ausência de humor deprimido ou exaltado)	
Expansivo (expressão de sentimentos sem restrições)	
Irritável (facilmente provocado até à raiva)	
Oscilações de Humor (varia entre períodos de euforia, depressão ou ansiedade)	
Exaltado (ar de confiança e alegria)	
Euforia (intensa relação com sentimentos de grandeza)	
Triste (sentimentos psicológicos de tristeza)	
Tristeza ou luto (tristeza apropriada a uma perda real)	
2.3 - OUTRAS EMOCÕES	
Ansiedade (sentimento de apreensão provocado pela antecipação de um perigo)	
Medo (ansiedade provocada por um perigo realista e conscientemente reconhecido)	
Agitação (ansiedade associada com grave inquietação motora)	
Tensão (aumento desagradável da actividade motora e ou psicológica)	
Pânico (ataque intenso, agudo e episódico de ansiedade associado com sentimentos sufocantes de medo)	
Apatia (tom emocional sombrio, associado com desapego ou indiferença)	
Ambivalência (existência simultânea de dois impulsos opostos em relação à mesma coisa e na mesma pessoa)	
2.4 - PERTURBAÇÕES FISIOLÓGICAS ASSOCIADAS COM O HUMOR	
Anorexia (perda ou diminuição do apetite)	
Bulimia (ingestão exagerada de alimentos)	
Insónia (falta ou redução da capacidade para o sono)	Inicial Intermédia Final
Hipersónia (sono excessivo)	
Diminuição da libido (decréscimo do interesse, impulso ou desejo sexual)	

3 - PERCEPÇÃO

Sem Alterações ☐

Com Alterações ☐

3.1 - PERTURBAÇÕES ASSOCIADAS A FENÓMENOS CONVERSIVOS E ASSOCIATIVOS		
Despersonalização (senso subjectivo de ser irreal estranho ou não familiar consigo mesmo)		
Desrealização (senso objectivo de que o ambiente é estranho ou irreal)		
Fuga (tomada de uma nova identidade com amnésia para a antiga)		
Personalidade múltipla (em diferentes momentos parece estar de posse de uma personalidade diferente)		
3.2 - ALUCINAÇÕES		
Alucinação auditiva	Alucinação visual	Alucinação olfactiva
Alucinação gustativa	Alucinação tátil	Alucinação somática
Alucinose	Sinestesia	
3.3 - ILUSÕES (percepções ou interpretações incorrectas de estímulos sensoriais externos reais)		

4- COMPORTAMENTO MOTOR

Sem Alterações ☐ Com Alterações ☐

4.1 - PERTURBAÇÕES NA COMUNICAÇÃO				
Ecolalia (repetição de palavras ou frases de uma pessoa por outra, tende a ser receptiva e persistente)				
Ecopraxia (imitação dos movimentos de uma pessoa por outra)				
Verbigerção (repetição sem sentido de palavras ou frases)				
Verborreia (verbalização constante)				
Catatonía (anomalias motoras em distúrbios não orgânicos)				
Cataplexia (perda temporária tonus muscular)				
Estereotípia (padrão receptivo de acções físicas ou fala)				
Maneirismos (movimentos voluntários estereotipado)				
Automatismo (desempenho automático de actos respectivos de actividade simbólica inconsciente)				
Mutismo (falta de produção da fala)				
Hiperactividade:				
Agitação psicomotora	Hipercinese	Tique	Compulsão	
Hipoactividade (hipocinese)				
Agressão (acção intensa dirigida a pessoas ou a objectos física ou verbal)				

5 - PENSAMENTO

Sem Alterações ☐ Com Alterações ☐

5.1 - PERTURBAÇÕES NA FORMA DO PENSAMENTO				
Neologismo (novas palavras criadas pelo cliente)				
Salada de palavras (mistura incoerente da palavras e frases)				
Circunstancialidade (fala indirecta que demora para atingir o ponto desejado)				
Tangencialidade (incapacidade para manter associações de pensamento dirigidas ao objectivo)				
Incoerência (mistura de vários pensamentos ou palavras resultando em desorganização)				
Resposta irrelevante (resposta em desarmonia com o que foi perguntado)				
Desagregação de associações (fluxo de pensamento na qual as ideias mudam de um tema para outro)				
Descarrilamento (desvio no curso do pensamento)				
Fuga de ideias (verbalizações rápidas e contínuas que produzem uma constante mudança de uma ideia por outra)				
Bloqueio (interrupção brusca no curso do pensamento)				
5.2 - PERTURBAÇÕES DO CONTEÚDO DO PENSAMENTO				
Pobreza do conteúdo da fala (a fala dá pouca informação)				
Ideia super valorizada (crença falsa e irracional, porém sustentada com menor firmeza do que no pensamento delirante)				
Delírio (crença falsa baseada em inferência com a realidade externa)				
Delírio bizarro	Delírio sistematizado	Delírio somático		
Delírio paranóide	Delírio da perseguição	Delírio de grandeza		
Delírio de referência	Delírio de controle	Delírio de infidelidade		
Hipocondria (preocupação exagerada com a própria saúde)				
Obsessão (persistência de um pensamento ou sentimento irresistível associado com ansiedade que não pode ser eliminado da consciência pelo esforço da lógica)				
Compulsão (comportamento repetitivo em resposta a uma obsessão)				
Fobia (temor persistente e irracional exagerado)				

6 - MEMÓRIA

Sem Alterações ☐ Com Alterações ☐

6.1 - PERTURBAÇÕES DE MEMÓRIA	
Amnésia (incapacidade total ou parcial para recordar factos passados)	
Paramnésia (falsificação da memória pela distorção da recordação)	
Hipermnésia (grau exagerado de retenção e recordação)	
Confabulação (preenchimento inconsciente das lacunas na memória por experiências imaginadas ou falsas)	

7 - INSIGHT - (capacidade do cliente para compreender a verdadeira causa e significado de uma situação /doença)

Presente ☐ Ausente ☐

Obs.: _____

8 - JUÍZO - (capacidade para avaliar uma situação correctamente e agir apropriadamente dentro da mesma)

Presente ☐ Ausente ☐

Obs.: _____

O/a Enfermeiro/a

Anexo III

Exercício Lista de Problemas e Sintomas Comuns



LISTA DE PROBLEMAS E SINTOMAS COMUNS

Categoria do problema	Problema específico	Vivencio este problema
Problemas cognitivos	Atenção	
	Concentração	
Problemas do humor	Ansiedade	
	Depressão	
	Zanga	
	Dificuldades de sono	
Sintomas negativos	Falta de interesse	
	Falta de prazer/satisfação	
	Falta de expressividade	
	Isolamento social	
Sintomas Psicóticos	Alucinações	
	Delírios	
Consumos	Drogas ilícitas	
	Alcool	
	Outras substâncias	
Outras áreas de problemas		

Fonte: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave. CIR – Cuidados Integrados e Recuperação. Manual de trabalho, versão 1.2, Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Anexo IV

Exercício Os Benefícios e as Desvantagens de Tomar a Medicação



VANTAGENS E DESVANTAGENS DE FAZER A MEDICAÇÃO

PRÓS (Benefícios de fazer a medicação)	CONTRAS (Desvantagens de fazer a medicação)

Fonte: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave. CIR – Cuidados Integrados e Recuperação. Manual de trabalho, versão 1.2, Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Anexo V

Exercício Plano para Lidar com Problemas e Estratégias



PLANO PARA LIDAR COM PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS

Problema	Estratégia que planeio utilizar

Fonte: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave. CIR – Cuidados Integrados e Recuperação. Manual de trabalho, versão 1.2, Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Anexo VI
Escala Zarit

Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007)

Esta escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					